

Path. 685 $\frac{gh}{2}$

Kohn

Glückig pag. 81-83.

DIE SYPHILIS

WÄHREND DER PERIODE IHRER

INITIAL- UND FRÜHFORMEN

UND DEREN BEHANDLUNG.

AUF GRUND VON FOURNIER'S „LEÇONS SUR LA SYPHILIS“

DARGESTELLT VON

DR. EMANUEL KOHN,

DOCENT FÜR SYPHILIDOLOGIE AN DER WIENER UNIVERSITÄT.

WIEN 1875.

DRUCK UND VERLAG VON L. W. SEIDEL & SOHN.

DIE SYPHILIS

WILHELM VON REICHARDT

INITIAL- UND ERSCHEINUNGSFORMEN

UND DEREN BEHANDLUNG

VON DR. MED. JOHANNES REICHARDT, ASSISTENT DER CHIRURG. KLINIK ZU WÜRZBURG

VERLAG VON



DR. EMANUEL

VERLAG VON

WÜRZBURG

VERLAG VON

Den Herren

Dr. F. Romeo Seligmann,

k. k. Professor an der Wiener Universität etc. etc.

Dr. Franz Seligmann,

k. k. Marine-Stabsarzt etc. etc.

Dr. Leopold von Seligmann,

k. k. Oberstabsarzt etc. etc.

in Verehrung gewidmet.

Den Herren

Dr. F. Romeo Seligmann,

K. K. Professor an der Wiener Universität etc. etc.

Dr. Franz Seligmann,

K. K. Marine-Statistik etc. etc.

Dr. Leopold von Seligmann,

K. K. Obersteuerrat etc. etc.

in Verehrung gewidmet.

VORWORT.

Es ist nicht zu läugnen, dass unsere Fach-Literatur reich an Werken ist, welche die Lehre von der Syphilis zum Gegenstande haben. Wenn nun ungeachtet dieser sich aufdrängenden Wahrnehmung eine deutsche Bearbeitung von Fournier's „Leçons sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme“ hiermit der Oeffentlichkeit übergeben wird, so geschieht diess deshalb, weil die in gewissen Dingen eigenthümlichen Manifestationen derluetischen Diathese bei Weibern in den einschlägigen Publicationen nur so nebenbei abgehandelt werden. Und doch hätten sie schon wegen ihres häufigen Vorkommens längst eine eingehendere Darstellung verdient. Eine Schilderung jener Krankheitserscheinungen allein, lösgelöst von allen übrigen auf die Lehre von der genannten Dyscrasie bezüglichen Auseinandersetzungen im Vorliegenden darzubieten, war nicht thunlich, weil ein Theil der letzteren des untrennbaren Zusammenhanges, der Deutlichkeit wegen, dennoch im Buche hätte Platz finden müssen. Es empfahl sich daher nicht, nur eine Auswahl aus dem 1000 Seiten zählenden Werke Fournier's zu veranstalten, sondern es schien weit zweckmässiger dasselbe als Ganzes zu bearbeiten. Dabei musste Manches, was dort als erwiesen angenommen, mit apodictischer Schärfe behauptet wurde, das aber nur den Werth individueller Anschauung besitzt, in einer diesem Umstande Rechnung

tragenden Weise vorgebracht, die gegnerische Ansicht musste gehört werden, damit dem Leser die Möglichkeit geboten sei, sich selbst ein Urtheil zu bilden. Dass hiebei hauptsächlich die Lehren der Wiener Schule reproducirt wurden, wird dem Jünger derselben kaum zu verargen sein.

Durch alles das konnte — immer jenes Ziel: Darstellung der Syphilis, wie sie sich insbesondere beim Weibe präsentirt, vor allem berücksichtigt — der Doppelzweck angestrebt werden, dem älteren Collegen, dem praktischen Arzte, der die Universität längst verlassen hat, ein Bild des für ihn weitaus wichtigsten Theiles der Disciplin, wie sie heute ist, zu bieten; dem jüngeren aber, dem Studirenden sollte ein alles Wesentliche umfassender Grundriss der Lehre von der luetischen Diathese in die Hand gegeben werden, der so viel Detail enthält, als für die Erkenntniss dessen, was gewöhnlich auf den Kliniken für syphilitische Krankheiten zur Beobachtung kommt, nothwendig ist.

Ob dieser Zweck erreicht ward, darüber mögen die Leser wohlwollend entscheiden.

WIEN, im Mai 1875.

Dr. Emanuel Kohn.

Inhalts-Verzeichniss.

Einleitung.

Seite

§ 1. Gesetze der Entwicklung der Syphilis im menschlichen Organismus	1
--	---

I. Abtheilung.

Die Initialformen der Syphilis: Der „Schanker“ und der syphilitische Bubo.

I. Capitel: Der „Schanker“	7
§ 2. Uebertragungsarten der Syphilis	7
§ 3. Entwicklungsstätten des Initialaffectes der Syphilis (des „Schankers“)	10
§ 4. Anzahl der „Schanker“	13
§ 5. Ergebnisse der Impfung mit dem Vehikel des Syphilisgiftes	13
§ 6. Entwicklung des „Schankers“	14
§ 7. Charaktere des „Schankers“	15
§ 8. Ueber einen der wichtigsten Charaktere: Die Induration	17
§ 9. Rückbildung des „Schankers“	18
§ 10. Dauer des „Schankers“	19
§ 11. Bedeutung des „Schankers“ an sich	20
§ 12. Untersuchung des „Schankers“ (auf Induration)	20
§ 13. Die Häufigkeit der Induration und ihre Beschaffenheit an den verschiedenen Körperstellen	22
§ 14. Würdigung der Induration in pathognomonischer Beziehung	25
§ 15. Verschiedene Arten des „Schankers“	26
§ 16. Der „Schanker“ an der Mamma	29
§ 17. Der „Schanker“ an den Genitalien	30
§ 18. Der „Schanker“ an der Vaginalportion	31
§ 19. Der „Schanker“ um den After und der „Afterschanker“	34
§ 20. Die Complicationen des „Schankers“	35
§ 21. Therapie des „Schankers“. — Beurtheilung der Abortivbehandlung	37
§ 22. Curative Behandlung des „Schankers“	40

VIII.

	Seite
II. Capitel: Der syphilitische Bubo	43
§ 23. Allgemeine Bemerkungen. — Sitz des syphilitischen Bubo	43
§ 24. Bedeutung des syphilitischen Bubo als Erkrankung an sich	45
§ 25. Symptome des syphilitischen Bubo	45
§ 26. Verlauf der syphilitischen Drüsenerkrankung	48
§ 27. Differential-Diagnose vom Bubo des (weichen) einfachen Schankers	50
§ 28. Varietäten des syphilitischen Bubo	50
§ 29. Erkrankungen der Lymphgefäße infolge von syphilitischer Infection	02
§ 30. Charakter und Therapie des syphilitischen Bubo und Lymphangioitis	52
§ 31. Unterschiede im Verlaufe des syphilitischen Bubo beider Geschlechter	53
§ 32. Semiologische Bedeutung des syphilitischen Bubo	54
III. Capitel: Differential-Diagnose des „Schankers“	56
§ 33. Allgemeine Bemerkungen und Differential-Diagnose von einer Erosion	56
§ 34. Differential-Diagnose vom Herpes	57
§ 35. Differential-Diagnose von der erosiven Vulvitis	60
§ 36. Differential-Diagnose vom weichen Schanker	61
§ 37. Differential-Diagnose des „Schankers“ der Mamma	67
§ 38. Differential-Diagnose des „Schankers“ der Vaginalportion	68

II. Abtheilung.

Die Syphilis während der Periode der Frühformen.

I. Capitel: Einleitung	75
§ 39. Von der secundären Incubation	75
§ 40. Eintheilung der Allgemeinerscheinungen	75
§ 41. Der Beginn der Periode der Frühformen (der Secundärperiode). — Nebenerscheinungen bei demselben	77
§ 42. Schilderung des Verlaufes der Syphilis bei beiden Geschlechtern	78
§ 43. Bedeutung der Syphilis für die Blutmischung und ihr Einfluss auf intercurrirende Krankheiten	79
II. Capitel: Die Erkrankungen der Haut während der Periode der Frühformen der Syphilis	84
§ 44. Allgemeine Bemerkungen über die Syphilide	84
§ 45. Unterschied der Syphilide von anderen Dermatonosen	85
§ 46. Minder hervorstechende Eigenthümlichkeiten der Syphilide	86
§ 47. Eintheilung der Syphilide	87
§ 48. 1. Gattung: Roseola. — Differential-Diagnose. — Einige Arten der Roseola	88

	Seite
§ 49. 2. Gattung: Papulöse Syphilide	93
§ 50. Psoriasis palmaris und plantaris. — Andere Arten der papulösen Syphilide	100
§ 51. 3. Gattung: Squamöse Syphilide	104
§ 52. 4. Gattung: Vesiculöse Syphilide	105
§ 53. 5. Gattung: Pustulöse Syphilide	106
§ 54. 6. Gattung: Bullöse Syphilide	116
§ 55. 7. Gattung: Die pigmentären Syphilide	116
§ 56. Therapie gegen die Syphilide	118
§ 57. Allgemeine Bemerkungen über die Differential-Diagnose der Syphilide	121
§ 58. Semiologische Bedeutung der einzelnen Syphilide für das Alter der Diathese	123
§ 59. Alopecie	123
§ 60. Prognose und Therapie der Alopecie	125
§ 61. Alopecie an anderen behaarten Stellen ausser der Kopfhaut	126
§ 62. Eintheilung der Nagelerkrankungen in Folge von Syphilis	127
§ 63. Onychia syphilitica	127
§ 64. Perionychia syphilitica	128
§ 65. Behandlung der Nagel-Syphilis	131
III. Capitel: Die Erkrankungen der Schleimhaut während der Periode der Frühformen der Syphilis	133
§ 66. Allgemeine Bemerkungen über Schleimhaut-Syphilis. — Die Papel (Schleimpapel, Plaque muqueuse)	133
§ 67. Eintheilung der Schleimhaut-Syphilide	136
§ 68. Syphilide an den Schleimhäuten der Genitalien. — Syphilide der Vulva	136
§ 69. Das erosive Schleimhaut-Syphilid	138
§ 70. Das papulo-erosive Schleimhaut-Syphilid	140
§ 71. Das papulo-hypertrophische Schleimhaut-Syphilid	143
§ 72. Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid	145
§ 73. Varietäten der Schleimhaut-Syphilide	148
§ 74. Complicationen der Schleimhaut-Syphilide	149
§ 75. Die Schleimhaut-Syphilide der Vagina und des Uterus	153
§ 76. Die analen und perianalen Schleimhaut-Syphilide	156
§ 77. Plaques muqueuses an anderen Stellen des Integumentum commune	157
§ 78. Die Schleimhaut-Syphilide der Mundhöhle	158
§ 79. Die Schleimhaut-Syphilide des Schlundes	160
§ 80. Die Schleimhaut-Syphilide des Kehlkopfes	163
§ 81. Die Schleimhaut-Syphilide der Conjunctiva, der Nares und des äussern Gehörganges	166
§ 82. Histologische Bemerkungen über die Papel	167
§ 83. Von der secundären Induration der Basis der Papel	169

	Seite
§ 84. Von der Umbildung des „Schankers“ zu einer Papel durch Transformatio in situ	170
IV. Capitel: Die Erkrankung im Lymphdrüsensystem während der Periode der Frühformen der Syphilis	172
§ 85. Allgemeine Bemerkungen	172
§ 86. Aufzählung der einzelnen, in Folge von Syphilis gewöhnlich verändert gefundenen Lymphdrüsen	173
§ 87. Details der gewöhnlichen allgemeinen Erkrankung der Lymphdrüsen in Folge von Syphilis	174
§ 88. Abweichungen von diesen Details	175
V. Capitel: Die Erkrankungen im Bewegungsapparate während der Periode der Frühformen der Syphilis	177
§ 89. Allgemeine Bemerkungen	177
§ 90. Periostitis syphilitica	177
§ 91. Periostosis syphilitica	178
§ 92. Ostealgia syphilitica	179
§ 93. Erkrankungen der Gelenke in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen	180
§ 94. Erkrankungen der Sehnen in Folge von Syphilis	182
§ 95. Erkrankungen der Muskeln in Folge von Syphilis	186
VI. Capitel: Erkrankungen des Nervensystems während der Periode der Frühformen der Syphilis	195
§ 96. Allgemeine Bemerkungen und Eintheilung	195
§ 97. Specielles über den Kopfschmerz während der Periode der Frühformen der Syphilis	196
§ 98. Specielles über die häufigeren Nervenerkrankungen während der Periode der Frühformen der Syphilis	198
§ 99. Specielles über seltenere Nervenerkrankungen während der Periode der Frühformen der Syphilis	203
§ 100. Einfluss der Syphilis auf ein krankes Nervensystem	208
§ 101. Erkrankung des Sympathicus in Folge von Syphilis	210
§ 102. Allgemeine Bemerkungen über febrile Zustände während der Periode der Frühformen der Syphilis	213
§ 103. Ueber das essentiell syphilitische Fieber	215
VII. Capitel: Anomalien im splanchnischen System während der Periode der Frühformen der Syphilis	223
§ 104. Anomalien der Respiration während der Periode der Frühformen der Syphilis	223
§ 105. Anomalien der Circulation während der Periode der Frühformen der Syphilis	223
§ 106. Anomalien im Gastro-intestinal-Tracte während der Periode der Frühformen der Syphilis	
a) im Magen	226
§ 107. b) im Darmcanal	232

	Seite
§ 108. c) Icterus syphiliticorum	233
§ 109. d) Anomalien der Verdauung und ihre Folgen	234
§ 110. e) Cachexia syphiliticorum	236
§ 111. Anomalien in der Genitalsphäre des Weibes während der Periode der Frühformen der Syphilis	239
§ 112. Specielle Erörterung des Einflusses der Syphilis auf die Functionen des Uterus	241

III. Abtheilung.

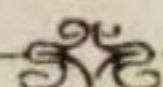
Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

I. Capitel: Ueber Diagnostik der Syphilis während der Periode der Frühformen	249
§ 117. Allgemeine Bemerkungen	249
§ 118. Eintheilung der zu diagnosticirenden Erscheinungen be- züglich der Syphilis	251
§ 119. Möglichkeit der Nichtbeachtung eines syphilitischen Symptoms	252
II. Capitel: Ueber Prognose der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Früh- formen insbesondere	255
§ 120. Allgemeine Bemerkungen	255
§ 121. Zweifache Gesichtspunkte bei Stellung der Prognose . . .	256
§ 122. Details über die Prognose für die Zukunft	257
§ 123. Ueber die Haltlosigkeit der älteren Anschauungen bezüglich jener Punkte, auf die eine Prognose zu basiren wäre . .	258
§ 124. Werth der aufzustellenden Prognose und Bedingungen, durch welche sie beeinflusst wird	260
III. Capitel: Ueber Therapie der Syphilis im Allgemeinen und während der Periode der Frühformen insbesondere	265
§ 125. Einwürfe gegen die Anwendung des Quecksilbers	265
§ 126. Art der Einwirkung des Quecksilbers auf die Syphilis . . .	267
§ 127. Ueber die Wahl der Applicationsmethode des Quecksilbers	272
§ 128. Ueber die Einreibungscur	273
§ 129. Ueber subcutane Injectionen von Quecksilber	274
§ 130. Ueber Application des Quecksilbers per os	275
§ 131. Ueber die Länge der Behandlungsdauer und die successive unterbrochene Behandlung	277
§ 132. Ueber die Wahl der Zeit zum Beginn der Behandlung Syphilitischer	280
§ 133. Leitende Grundsätze bezüglich der antidyscrasischen und der Allgemein-Behandlung Syphilitischer	280
§ 134. Schlusswort über die übliche Therapie der Syphilis und namentlich über den Quecksilbergebrauch	283

Anhang.

Die Erkrankungen des Auges während der Periode der Frühformen der Syphilis.

	Seite
§ 113. Allgemeine Bemerkungen	285
§ 114. Iritis syphilitica	285
§ 115. Keratitis syphilitica	289
§ 116. Die Erkrankungen der tiefliegenden Augenhäute in Folge von Syphilis	290



Einleitung.

Der Vorwurf dieser Blätter ist die Lehre von der Syphilis.

§ 1. Die Syphilis ist eine Krankheit, welche nach gewissen, man kann sagen, unabänderlichen Gesetzen sich entwickelt.

Diese Gesetze sind Abstractionen der klinischen Beobachtung und der Resultate von Experimenten, welche letztere die ersteren ergänzen und bekräftigen, bisweilen auch erklären. Dabei muss bemerkt werden, dass bezüglich keiner der contagiösen Krankheiten schon so lange, so viel und so erfolgreich experimentirt worden ist, als bezüglich der Syphilis.

Diese Gesetze sind (selbstverständlich) für beide Geschlechter gleich und lassen sich in drei Hauptpunkte zusammenfassen.

1. Die Syphilis hat, wenigstens gegenwärtig, keine spontane Entwicklung, sie ist immer das Ergebnis einer Contagion, einer Einimpfung, des materiellen Eindringens einer virulenten, specifischen Substanz in den Organismus.

Es ist natürlich nicht zu läugnen, dass es einmal irgend Jemand gegeben haben muss, welcher der Erste Träger der Syphilis war, wie sich aber an diesem die Krankheit entwickelt haben mag, darüber können wir nicht einmal eine Vermuthung hegen.

2. Das erste merkbare Ergebnis jener Contagion entwickelt sich immer genau an der Stelle der Einimpfung oder des materiellen Eindringens der virulenten, specifischen Substanz in den Körper und tritt immer erst nach Verlauf einer kürzeren oder längeren Zeit — Incubation — in die Erscheinung.

Diese Incubation, deren Kenntniss man hauptsächlich dem Experimente verdankt, beträgt 10—42 und mehr Tage — im Mittel 25 Tage. Niemals — es sei ausdrücklich betont — erscheint der eigentliche syphilitische Primäraffect, welcher die folgenden Affectionen einleitet, am zweiten, dritten, vierten Tage, auch nicht in der ersten Woche nach der Contagion. Bisweilen entwickelt sich wohl bei der experimentellen Einimpfung des syphilitischen Contagiums früher als in der angegebenen Zeit irgend ein locales Phänomen inflammatorischer Natur an der Stelle der Einimpfung. Allein dieses ist nur hervorgegangen aus der Durchstechung der Haut, aus der Einführung eines fremden, noch dazu virulenten Körpers unter die Haut, und es verschwindet auch bald, während jener Primäraffect, der längere Zeit persistirt, sich im Stillen vorbereitet und erst nach Ablauf von mehreren Tagen manifest wird.

Die klinische Beobachtung hat in Fällen, die man genau controliren konnte, gelehrt, dass 3 bis 4 Wochen nach einem coitus impurus vergehen können, ohne dass der Primäraffect sich zeigt — ein Zeitraum, während dessen der Kranke auch dem Arzte als gesund imponiren kann — was, als sehr wichtig für die Praxis, besondere Berücksichtigung verdient.

An Weibern sind Beobachtungen, die man in Bezug auf Feststellung der Incubation verwerthen könnte, viel seltener zu machen, als an Männern. Nicht häufig unterwerfen sich die Weiber blos nach einem einmaligen Coitus der ärztlichen Beaufsichtigung. Nur die nicht alltäglichen Fälle von Angriffen auf die Schamhaftigkeit, stuprum violentum, Verhaftung nach einmal gepflogenen Beischlaffe etc. geben Gelegenheit zur Feststellung der Chronologie in der Reihe der Erscheinungen.

Clerc berichtet über folgenden, hier einschlägigen Fall. Eine junge Frau wurde mit eiteriger Urethritis in das Spital aufgenommen; nach 4 Wochen zeigte sich an der Oberlippe eine Excoriation, welche sich alsbald in ein indurirtes Geschwür umwandelte, dem dann später Allgemeinerscheinungen von Syphilis folgten. Bei dem nun eingehend vorgenommenen Examen in Bezug auf die Provenienz jener Excoriation gestand sie, 2—3 Tage vor ihrer Aufnahme ins Spital, den coitus per os vollzogen zu haben.

Fournier erzählt einen ähnlichen genau von ihm beobachteten Fall, wo die Infection an den Brüsten stattgefunden hatte, die Infectionsquelle durch Confrontation nachweisbar war und die Incubation drei

Wochen betrug. So wird es erklärlich, wie an Ammen die Primärer-scheinungen der Syphilis erst auftreten, lange nachdem sich an dem inficirenden Säuglinge die Affectionen im Munde, welche die Nähr-mutter ansteckten und die eine Theilerscheinung der Allgemeiner-krankung des Kindes sind, gezeigt haben, oder gar erst, nachdem der inficirende Säugling den Folgen der hereditären Syphilis, mit welcher er behaftet war, erlegen ist.

Dr. Dion (von Lyon) hat (in den *Annales de Dermatologie et de Syphilographie*, 1870) 17 Fälle gesammelt, in denen die Syphilis drei Tage bis einen Monat nach dem Tode des Säuglings, an der Amme manifest wurde.

Die Verschiedenheit der Dauer der Incubation ist durch Umstände bedingt, welche uns noch ganz unbekannt sind.

Aus obigem Grunde soll man alle Jene, die nach einem verdächtigen Beischlafe den Arzt consultiren, aufmerksam machen, dass sie sich genau beobachten und bei dem Auftreten irgend eines im geringsten zweifelerregenden Umstandes sich jedes ferneren Beischlafes enthalten. Diese Selbst-Controle muss sich auf 3—4 Wochen und darüber nach jenem Beischlafe erstrecken, denn es sind Fälle vorgekommen, in denen sich die Incubation über die sechste Woche hinaus ausdehnte.

3. Der Primäraffect an der Stelle, wo das virus syphiliticum in den Körper eingedrungen ist, bleibt immer durch eine gewisse Zeit das einzige Symptom der Erkrankung. Nach dieser Zeit treten andere zahlreiche und verschiedenartige Symptome des Leidens auf, welche sich wesentlich und auch dadurch von dem Initialaffecte unterscheiden, dass sie nicht allein auf die Eintrittsstelle des Virus in den Körper beschränkt sind, sondern über den ganzen Organismus sich verbreiten und in allen Systemen und Geweben manifest werden können.

Aus letzterem Grunde heissen sie auch Allgemein-Erscheinungen der Syphilis. Dergleichen Allgemein-Erscheinungen sind: Drüsenanschwellungen, Erkrankungen der Haut (Syphilide genannt), Abschürfungen und Geschwürsbildungen der Schleimhaut des Mundes, der Scheide, des Anus, Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, in den Gelenken, Gliedern, Kopfschmerz, Erkrankungen der Sehnen, Muskeln, des Periost's, Haarverlust etc. Diese Symptome, die ebenso zahlreich als verschiedenartig sind, zeugen dafür, dass der Organismus wie von einer Art Sauerteig durchsetzt ist.

Man muss nun allerdings anerkennen, dass es nicht zu selten Fälle von Syphilis gibt, welche in ihrer Entwicklung von den aufgestellten Gesetzen abzuweichen scheinen. Aber dieser Schein trügt, denn er rührt von nicht genau, nicht ab ovo beobachteten Fällen her.

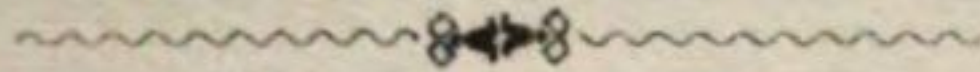
Wirkliche Abweichungen von jenen Regeln kommen nur in zwei Arten von Fällen vor; wahrhafte *exceptiones quae firmant regulam* — in der einen ist die Abweichung erwiesen, in der anderen nur hypothetisch. Zur ersten Art gehören die Fälle hereditärer Syphilis. Bei Kindern, die von ihr befallen sind, bemerkt man als erstes Symptom Eruptionen auf der Haut, den Schleimhäuten, Coryza, Erkrankungen der Eingeweide, ohne dass eine locale Affection vorausging, und das ist begreiflich; es hat ja bei ihnen keine Contagion stattgefunden, bei ihnen brauchte sich die Syphilis nicht erst zu entwickeln, sondern sie haben die Krankheit, um einen banalen Ausdruck zu gebrauchen, „fix und fertig“ von ihren Eltern überkommen.

Die zweite Art von Fällen betrifft solche, von denen man sagen kann: *sub judice lis est*. Es wird nämlich von einigen Autoren behauptet, dass ein Syphilitischer, ohne eine Frau anzustecken, ein syphilitisches Kind mit ihr erzeugen könne, welches erst hinterher, vermittelst des Contactes der Placenten, die Mutter inficirt, und bei dergestalt inficirten Weibern gibt es gleichfalls keinen lokalen Primäraffect, sondern man bemerkt bei ihnen als erstes Zeichen der Erkrankung eine der oben erwähnten Allgemein-Erscheinungen, z. B. einen syphilitischen Hautausschlag.

I. CAPITEL.

I. ABTHEILUNG.

Die Initialform der Syphilis: Der „Schanker“
und der syphilitische Bubo.



I. ABTHEILUNG.

Die Initialform der Syphilis: Der „Schanker“
und der syphilitische Bubo.

I. CAPITEL.

Der „Schanker.“ *)

§ 2. Fournier nennt die vielfach bereits erwähnte Primärer-
erscheinung, welche der Einführung des syphilitischen Giftes an der
Stelle der Einführung folgt: **Schanker** (Sigmund und nach ihm
viele Autoren nennen sie Induration, Sclerose, wenn sie sich nicht als
läsio continui des Gewebes zeigt, indurirtes Geschwür oder exulcerirte
Sclerose, wenn dies der Fall ist).

Das Wort Schanker bezeichnet etymologisch: ein fressendes Ge-
schwür, eine Wunde mit der Tendenz der Ausbreitung — traditionell: ein
bösartiges Geschwür von üblem Aussehen und besonderen Charakteren, als
grubiger Form, (oft, wie wenn der Substanzverlust mit einem Locheisen
ausgestemmt worden wäre), steilen, unterminirten oder aufgeworfenen
Rändern, unebenem Grunde, reichlicher Eiterung, impfbarem Secrete,
kürzerer oder längerer Dauer und auffälliger Hartnäckigkeit, u. s. w.
Man nennt Substanzverluste dieser Art: „einfache Schanker“.

Die Primärererscheinung der Syphilis aber bietet nicht das Ensemble
der erwähnten Eigenschaften. Sie kann einzelne derselben besitzen, aber
je mehr ein Geschwür deren besitzt, um so grösser ist die Wahr-
scheinlichkeit, dass man es **nicht** mit der Initialaffection jener Blut-
vergiftungskrankheit, die im Vorliegenden abgehandelt wird, zu thun habe.

*) Anmerkung. Das Wort Schanker bezeichnet bei vielen Autoren
sowohl den Initialaffect der Syphilis, als auch ein anderes pathologisches
Product, welches oben im Texte erwähnt wird. In diesem Buche wird das
Wort Schanker, wenn es den Initialaffect der Syphilis bedeutet, immer mit
Anführungszeichen geschrieben.

Es ist eine sehr verbreitete, aber falsche Ansicht, dass der „Schanker“ (im Sinne Fournier's, d. i. die Primäraffection der Syphilis) ein an den Weibern relativ selten beobachtetes pathologisches Vorkommnis sei. Statistische Aufzeichnungen lehrten nämlich, dass unter 4—5 syphilitischen Patientinnen immer eine mit einem „Schanker“ behaftet war, dass er also ebenso oft bei Weibern als bei Männern gefunden wird und die gegentheilige Anschauung rührt daher, dass man ihn entweder nicht gesucht oder nicht erkannt hat. Man muss deshalb wissen, wo der „Schanker“ zu suchen ist, wo er sich entwickeln kann. Die Entwicklungsstätte des „Schankers“ ist durch den Act bedingt, durch welchen die Ansteckung erfolgte. Die Hauptquelle der Ansteckung sind natürlich die gewöhnlichen geschlechtlichen Beziehungen zwischen Mann und Weib; ausserdem findet man, wiewohl selten, dass Ansteckungen durch Individuen desselben Geschlechtes stattgefunden haben, und zwar durch Missbrauch des Geschlechtstriebes. Auch gibt noch der Gebrauch der verschiedensten Gegenstände des täglichen Lebens, des Haushaltes, die Verwendung von Werkzeugen etc. bisweilen Gelegenheit für die Uebertragung des syphilitischen Contagiums. Dasselbe gilt von gewissen Verrichtungen, z. B. vom Dienste der Hebammen und von gewissen Gebräuchen, z. B. von dem Gebrauche, die milchgefüllten Brüste der Frauen aussaugen zu lassen. (Auf diese Art soll in Lille 1825 eine förmliche Epidemie durch eine Person hervorgerufen worden sein, welche mit Plaques auf der Mundschleimhaut behaftet war und die wundgewordenen Brüste mehrerer Wöchnerinnen aussaugte). Als seltenere Fälle der Uebertragung der Syphilis in Spitälern seien hier erwähnt Fälle der Uebertragung durch Badespecula und durch die Catheterisation der tuba Eustachii. Dergleichen Fälle sind insoferne berücksichtigungswerth, als die Kenntniss derselben allein Vieles, was sonst ganz dunkel bliebe, erklärt. — Beim Weibe ist nicht selten auch das Säugegeschäft Ursache der Infection. Ein Grund dieses Factums ist die Häufigkeit der hereditären Syphilis, ein anderer der, dass die Syphilis bei den Säuglingen so oft ihre Localisationen auf der Nasen- und Mundschleimhaut hat, wodurch die Brust der Nährmutter so sehr gefährdet wird. Dann ist noch zu bedenken, dass dieser Ansteckungsmodus unter sehr günstigen Bedingungen vollzogen wird, als da sind: wiederholter lang andauernder Contact des syphilitischen Kindes mit der gesunden Amme, Maceration der sich berührenden Körperstellen beider, Geneigtheit der Brustwarze zu Fissuren, Excoriationen und

Schrunden, welche als Eintrittsstellen für das Gift in den Organismus dienen können, so dass (nach Fournier's Ansicht) die Infection der Mutter (wie des Säuglings) durch die Lactation viel leichter möglich ist, als die Erwachsener durch den Coitus.

Noch soll es beim Weibe dreierlei verschiedene Arten, die Krankheit zu erwerben, geben, welche speciell diesem Geschlechte zukommen, und hier erwähnt werden mögen.

1. Contact mit dem Samen, welcher von einem syphilitischen Manne kommt, und unter für die Ansteckung günstigen Umständen stattfindet. Man hat behauptet, dass der Same nach Art anderer pathologischer oder physiologischer Secrete eines Syphilitischen im Stande sei (durch Einimpfung, durch Contact mit einer des Epithels verlustig gewordenen Stelle der Schleimhaut) einen syphilitischen Primäraffect hervorzurufen. Man hat aber auch behauptet, dass eine Frau durch das sperma virile syphilitisch werden könne, ohne die ganze Stufenleiter vom Primäraffect angefangen durchzumachen — derart, dass bei ihr gleich Allgemein-Erscheinungen in Folge der stattgefundenen Infection auftreten. Es ist nun nicht zu läugnen, dass es Fälle geben kann, in denen einerseits syphilitische Männer zu der Zeit, da die Ansteckung erfolgen musste, keine pathologische Erscheinung darboten, welche als Ansteckungsquelle (*stricte sic dicta*) gelten konnte, während andererseits gleichzeitig die Weiber an unregelmässig verlaufender, das heisst (scheinbar) nicht mit dem mehrfach erwähnten Primäraffecte („Schanker“ im Sinne Fournier's) beginnender Syphilis erkrankt sein konnten. Allein man sieht, dass es zur Erklärung jener Facten zweier Zufälligkeiten bedarf, die zusammentreffen müssten, und es lassen sich derartige Erscheinungen ganz einfach verstehen, wenn man annimmt, dass es sich in solchen Fällen um Beobachtungsfehler handelt. Dazu kommt noch, dass, wenn diese Art der Infection wirklich möglich sein sollte, die Zahl der durch ihre Männer inficirten Frauen noch viel grösser sein müsste, als sie gegenwärtig ist, weil die Zahl jener Ehemänner eine immense ist, welche vor ihrer Verheirathung inficirt und später so weit gesund waren, dass sie durch den blosen Contact ihre Frauen nicht, wohl aber (wenn die erwähnte Supposition richtig wäre) durch Contact mit dem Sperma anstecken konnten.

2. Die Contagion durch den syphilitischen Foetus während der Geburt ist zwar möglich, wenn man bedenkt, in welchem Zustande manche derartige Frucht geboren wird. Bedeckt mit

Geschwüren und Efflorescenzen, welche Massen von ansteckendem Secrete absondern, bleibt ein solcher Foetus hinreichend lange in der innigsten Berührung mit den ausgedehnten, gezerzten, mannigfach zerrissenen Geburtstheilen der Mutter. Aber klinisch erwiesen, d. h. durch Beobachtung (vom Beginne der auf diese Weise stattgefundenen Infection bis zur vollen Entwicklung der Syphilis) constatirt, ist kein einziger solcher Fall.

3. Will man Schwangere beobachtet haben, an denen sich während der Gravidität plötzlich Allgemeinerscheinungen von Syphilis zeigten, ohne dass ein Initialaffect vorausgegangen sein soll. Gestützt auf derlei Wahrnehmungen hat man behauptet, es sei möglich, dass eine bis dahin gesunde, dann von einem syphilitischen Manne geschwängerte Frau, durch das Product der Zeugung, welches vom Vater aus syphilitisch ist, schon während der Schwangerschaft ebenfalls syphilitisch werden könnte und zwar durch die Diffusion des Blutes, welche in den Placenten, der mütterlichen und jener der Frucht, stattfindet. Nun lässt sich vom theoretischen Standpunkte nichts gegen diese Art von Ansteckung einwenden. Aber es ist immer dem Zweifel Raum gegeben, ob nicht die Infection der Mutter durch den Vater doch auf einem der geschilderten gewöhnlichen Wege stattgefunden haben könne, und ob man nicht das Leiden nur plötzlich in seiner vollen Entwicklung, als Exanthem oder Schleimhautsyphilis, vor sich sah, weil die Anfangsstadien desselben zufällig unbemerkt abliefen. Dazu ist noch zu bedenken, dass in vielen anderen ähnlichen Fällen der plötzlichen Wahrnehmung von in ihrer Blüte entwickelter Syphilis bei Weibern keine Befruchtung durch einen Syphilitischen, überhaupt keine Befruchtung, stattgefunden hat, dass man demnach diese Fälle nicht durch Infection der Mutter in Folge der Befruchtung von einem Syphilitischen erklären kann.

§ 3. Kehren wir nun nach Erörterung der verschiedenen Arten der Infection zur Untersuchung über die Stellen zurück, wo der „Schanker“ sich entwickeln kann, so sind als Hauptsitz die ganze allgemeine Decke und alle jene Schleimhautpartien, welche der Investigation zugänglich sind, anzuführen. Diese Bemerkung ist nicht müssig, denn es gibt Autoren, welche die Möglichkeit des Vorkommens des syphilitischen Primäraffectes an einzelnen Stellen der Haut, z. B. am Ohre, geläugnet haben. Die obige Behauptung ist als Abstraction klinischer Beobachtungen anzusehen, und wo diese eine Lücke liessen, dort hat das Experiment ergänzt und die Möglichkeit der Entwicklung des „Schankers“ gezeigt. Das ist insofern für die Praxis wichtig, als

daraus der Fingerzeig resultirt, dass man, um den Ursprung einer Erkrankung an Syphilis nachzuweisen, sich nicht damit begnügen dürfe, blos die Genitalien zu untersuchen. Doch lässt sich andererseits nicht verhehlen, dass der häufigste Sitz des „Schankers“ die Genitalien sind, und auch sein müssen. Fournier behauptet: auf 6 „Schanker“ an den Genitalien komme einer an anderen Körperstellen. Die „Schanker“ letzterer Art findet man bei Patientinnen häufiger als bei Männern (Fournier zählte bei ersteren unter 100 „Schankern“ 32 extragenitale), daher bei der Untersuchung weiblicher Kranken das oben Gesagte noch mehr zu beherzigen ist. Man wird dem entsprechend bei Weibern insbesondere zu berücksichtigen haben: die Brüste, die Nachbarregionen der Genitalien, namentlich das Perinaeum und endlich den Anus, welcher, weil sich an den „Schanker“ desselben noch ein gerichtlich medicinisches Interesse knüpft, der Gegenstand specieller Aufmerksamkeit sein muss. Nur ist zu bedenken, dass so wie bei Männern der Anal-„Schanker“ fast immer das Ergebnis eines naturwidrigen geschlechtlichen Contactes ist, bei Weibern seine Entstehung häufig dem Herabfliessen des contagiösen Secretes über die Perinaealgegend bei sonst ganz normal gepflogenen Coitus zugeschrieben werden muss. Bisweilen sind deshalb auch Anus und Vulva zugleich der Sitz von Geschwüren. Wenn aber auch dieser Umstand nicht zutrifft, so ist doch die erwähnte Entstehungsart durch das Herabfliessen von Secret aus der Scheide nicht ausgeschlossen, weil die Vulva mit Aufmerksamkeit gleich nach dem Coitus gereinigt worden sein kann, indess der Anus, als der Möglichkeit einer Infection gar nicht verdächtig, nicht weiter berücksichtigt wurde, und andererseits sein trichterförmiger, faltiger Bau ihn vor Allem zur Festhaltung des einmal dahin gelangten contagiösen Secretes geeignet macht. Also ein „Schanker“ am Anus eines Weibes lässt höchstens Verdacht schöpfen, es habe ein widernatürlicher Coitus stattgefunden, aber apodictisch beweisen, dass dies wirklich der Fall war, kann er nicht, und ein auf solchen Befund basirter Ausspruch, der mehr als bloßen Verdacht enthält, ist eine unbegründete Behauptung.

An den Genitalien finden sich wieder die häufigsten Schanker an den grossen Lippen, seltener schon an den kleinen Lippen und an der unteren Commissur, noch seltener am collum uteri und in der Umgebung der Clitoris, am Scheideneingang, an der Urethralöffnung und ihrer Umgebung, noch weniger häufig sind sie an der oberen Commissur und endlich am allerseltensten in der Scheide.

Von den eben aufgezählten sei nur des „Schankers“ an der Vaginalportion der Gebärmutter besonders erwähnt. Fournier behauptet von ihm, er sei viel häufiger als im Allgemeinen angenommen wird und gibt als Grund dafür an, dass er 1. der Trägerin eines solchen „Schankers“ keinen Schmerz bereitet, ausserdem ihr nicht sichtbar ist und dadurch ihrer Aufmerksamkeit entgeht, weshalb auch der Arzt seinetwegen nicht consultirt wird; 2. ist die Dauer eines solchen „Schankers“ (nach Fournier) eine kurze. (Andere Autoren sagen wieder, dass er meist sehr lange besteht und oft jeder Therapie hartnäckigen Widerstand leistet). Ein solcher nicht beobachteter „Schanker“ des collum uteri kann nun sehr häufig Veranlassung zu Trugschlüssen über unregelmässige Entwicklung von Syphilis, über Entwicklung derselben ohne vorausgegangenen Primäraffect sein.

So häufig — im Gegensatze zu den hierüber im Allgemeinen herrschenden Anschauungen, nach Fournier — der „Schanker“ der Vaginalportion beobachtet wird, so selten ist — ebenfalls im Gegensatze zu diesen Anschauungen — jener der Scheide. Und obschon 1. die Form dieses Organes, eines unten engeren, oben weiteren Cylinders, 2. die verhältnismässig grosse Fläche desselben (wenn man sich alle Falten ausgeglichen denkt) und 3. seine Function (in innigem und längerem Contacte mit der männlichen Ruthe — am häufigsten Sitz inficirender Geschwüre beim Manne — während des Geschlechtsactes zu bleiben) gegen diese Behauptung sprechen, soll sie doch durch Beobachtung und Zählung gerechtfertigt sein.

Am häufigsten findet man noch den Scheiden-„Schanker“ in der Gegend des sogenannten Scheidenringes, und kann er da ebenso gut als Vulval- wie als Vaginal-„Schanker“ bezeichnet werden; dann sitzt er noch zuweilen in der Ampulle (im vorderen oder hinteren Laquear, Fornix vaginae), fast nie aber in dem zwischen diesen beiden namhaft gemachten Gegenden sich ausbreitenden Theile der Scheide. So sicher dieses Factum, so unsicher sind die Erklärungen desselben. Einige suchen den Grund in dem anatomischen Baue des Organs, der ein dichtes Bindegewebslager mit reichlich eingebetteten, elastischen Fasern und mehrfach geschichtetem Pflasterepithel aufweist. Andere glauben ihn in dem Umstande zu sehen, dass die Scheide nachgiebig ist, Dehnungen und Zerrungen leichter verträgt, wodurch es nicht so leicht wie in dem Scheideneingange zu Trennungen der Gewebe, den Voracten der eigentlichen Uebertragungen, kommt. Oder soll man die Secrete, welche die

Scheide in so profusem Masse bespülen, als schützenden Ueberzug, als quantitativ ausgiebiges Verdünnungsmittel ansehen, welche ausserdem im Vereine mit dem männlichen Samen noch mechanisch als wegschwemmende Flüssigkeit wirken? (Es sei noch einmal bemerkt, dass andere, namentlich deutsche Autoren den Vaginal-„Schanker“ für keine so gar enorme Seltenheit erklären.)

§ 4. Was die Anzahl der auf einem Individuum gleichzeitig vorkommenden „Schanker“ anlangt, so gilt wohl seit Ricord die Behauptung, dass er meist vereinzelt vorkommt, (Fournier nimmt an, dass unter vier Fällen nur einmal gleichzeitig mehr als ein „Schanker“ beobachtet wird) während der „weiche Schanker“ (das weiche, venerische, contagiöse Geschwür) sehr oft in mehreren Exemplaren an einem Individuum gleichzeitig sich etablirt. Diese Eigenthümlichkeit ist für die Diagnose wichtig, weil man, so wie zahlreiche Geschwüre auf einmal wahrgenommen werden, mit Wahrscheinlichkeit (Fournier sagt mit Sicherheit) die spätere Entwicklung von Allgemein-Erscheinungen, mit einem Worte Syphilis, nicht zu fürchten hat. Bei den Weibern aber gilt dieses Gesetz nicht, weil da mehrere „Schanker“ gleichzeitig nicht selten sind, aber sie finden sich auch am Weibe doch noch immer in grösserer Anzahl relativ seltener, als die weichen Schanker, welche manchmal in einer enormen Anzahl an einer Kranken vorkommen. Doch gilt das Gesagte nur von dem „Schanker“ an den Genitalien. Derjenige, welcher sich an anderen Körperstellen entwickelt, ist bei beiden Geschlechtern fast immer nur in einem Exemplare vorhanden.

§ 5. Betrachtet man nun den „Schanker“ an und für sich, ohne Rücksicht auf die späteren Folgezustände desselben, so wird es, um sich eine klare Vorstellung zu machen, gut sein, zuerst den experimentellen (absichtlich eingepfchten) „Schanker“ zu betrachten. Und da hat die Beobachtung gelehrt:

Nach der hieher bezüglichen Impfung tritt an der betreffenden Stelle ein erhabener, rother Fleck, eine kleine Papel auf. Diese bedeckt sich mit Schuppen oder mit einer kleinen Kruste, welche abgestossen werden, und dadurch entsteht auf oder aus ihr eine oberflächliche Erosion, die entweder unbedeckt bleibt, wie eine Wunde und nur wenig secernirt, oder sich mit einer manchmal mehr, manchmal weniger persistenten Kruste bedeckt. Zu gleicher Zeit entwickelt sich jene Erhabenheit, jene Papel immer mehr, breitet sich in der Fläche aus, nimmt über-

haupt an Umfang zu, wird härter und dichter; man hat dann ein hartes „Condylom“, einen harten Knoten, eine indurirte Papel, eine knotige Plaque vor sich.

Dieses Gebilde wächst und in selbem Grade wächst auch jene Erosion, wandelt sich in ein oberflächliches Geschwür um, das entweder mit Eiter oder mit Krusten bedeckt ist. Geschwür und Papel vergrössern sich und bleiben, schliesslich auf einer gewissen Höhe der Entwicklung angelangt, durch einige Zeit stationär. Dann beginnt vom Rande des Geschwüres aus Vernarbung, allmählig schliesst sich die wunde Stelle und endlich bleibt nur eine noch immer resistente, verdichtete, rothbraune Erhabenheit zurück, welche sich auch nach und nach abflacht und sich schliesslich vollends verliert.

§ 6. Der klinische „Schanker“ ist in seinem Anfangsstadium weniger studirt, als der experimentelle (durch Impfung entstandene), denn er kommt dem Arzte in jenem Stadium weniger häufig zu Gesicht, da die Kranken weder den rothen Fleck im Beginne empfinden, noch durch die Papeln im Anfange belästigt sind, um veranlasst zu sein, ärztliche Hilfe zu suchen.

Wenn trotzdem die Kranken zum Arzte mit einem „Schanker“ in diesem Stadium kommen, täuscht er sich häufig über die Wichtigkeit des Befundes, weil er alles das, was er traditionell gewohnt ist, beim Schanker zu finden, bei der in Rede stehenden Affection nicht wahrnimmt. Er sieht kein Geschwür mit unebenem Grunde, mit steilen, unterminirten oder aufgeworfenen, gezackten Rändern, manchmal mit einer Membran bedeckt, manchmal copiösen Eiter secernirend, etc. Er glaubt einen Herpes vor sich zu haben oder eine unbedeutende Erosion, eine Schrunde, eine belanglose Abschürfung des Epithels, einen Kratzeffect.

Bei der weiteren Entwicklung, die jedoch schon genau bekannt ist, kommen 2 Erscheinungen hauptsächlich in Betracht. Die eine, dass die Erosion sich excentrisch ausbreitet, aber immer oberflächlich bleibt und nur die äusseren Schichten des Derma in Mitleidenschaft zieht — die andere, dass die vom Anfang an bestehende, örtliche Verdickung immer deutlicher hervortritt und die Resistenz des unter der Erosion befindlichen Gewebes einen pathologischen und pathognomonischen Charakter bekommt. Denn es scheint da innerhalb des Cutisgewebes ein Dépôt plastischer Masse, ein Neugebilde sich zu entwickeln, welches genau dem jeweilig vorhandenen Substanzverluste an Umfang entspricht und eine Art Sockel für das Geschwür abgibt. Diese beiden Erscheinungen

gehen, von Ausnahmefällen abgesehen, immer gleichen Schrittes einher und wenn sie ihren Höhepunkt erreicht haben, ist der „Schanker“ fertig.

§ 7. Zu dieser Zeit der Vollendung bietet er folgende wichtige Charaktere: erstens ist er unschmerzhaft, die Kranken klagen höchstens über etwas Stechen, aber nie über lebhaften Schmerz. Letzterer wird nur durch ausser dem Wesen des „Schankers“ gelegene Bedingungen veranlasst, als da sind: eine Lage, durch welche er Reibungen beim Gehen ausgesetzt ist, Reizung durch irritirende Umschläge, Unreinlichkeit, Scheiden-Uterinalsecret, unzeitgemässe Cauterisationen, durch Fatiguen, Arbeit, Coitus, excessiven Genuss geistiger Getränke, Contact mit Urin und Faecalmassen, endlich wenn er überhaupt in Entzündung versetzt wird, (was sein klinisches Bild trübt). In Folge dieses Charakters verläuft er oft vom Patienten, namentlich vom weiblichen, vollends unbemerkt.

Ferner ist er verschieden gross, am häufigsten bohnen- oder zwetschkerngross, manchmal viel kleiner, linsengross, andere Male wieder viel grösser, z. B. so gross wie eine Mandel, wie ein Viertelguldienstück. Selten überschreitet er die letzterwähnte Grösse.

Seine Configuration ist sehr verschieden und durch die Configuration der Gegend, wo er sitzt, beeinflusst. Am allerhäufigsten ist er (mehr oder weniger regelmässig) rund, oval, oblong, eliptisch, bisweilen in die Länge gezogen, spaltförmig oder unregelmässig contourirt.

Was nun den Anblick, den er im Ganzen gewährt, anlangt, so bietet er zwar meist das Aussehen einer platten, aber doch ziemlich häufig auch das einer vorspringenden, gewölbten, prominirenden, papulösen Erosion dar. Also der „Schanker“ ist nicht eigentlich oder doch nur selten ein in die Tiefe gehendes Geschwür; in 8 unter 10 Fällen betrifft er blos die oberflächlichsten Schichten der Gewebe (Epidermis, Malpighische Schicht und obere Schichten der Cutis oder des Epithels und obere Schichten des submucösen Bindegewebes). Ja bisweilen veranlasst er nur eine kleienförmige Abschilferung der Epidermis oder eine Abschuppung des Epithels. Abweichungen von dieser Form sind napfförmige Vertiefung, häufiger aber das Gegentheil davon. Einen „Schanker“ der letzteren Art nennt man *ulcus elevatum*.

Der ganze Grund ist auffällig glatt und eben, bisweilen sogar glänzend, spiegelnd, wie lackirt.

Ränder (in dem Sinne wie man gewöhnlich das Wort nimmt, wie z. B. beim weichen Schanker) sind eigentlich gar nicht vorhanden,

da er unmerkbar in das benachbarte, gesunde Gewebe übergeht, es wäre denn, dass er eine napfförmige Vertiefung darstellt, wo dann allerdings die peripheren Partien des „Schankers“ durch ihr Abgedachtsein sich von den centralen unterscheiden; aber auch diese sind dann auf ihrer dem Centrum abgewendeten Seite in einem Niveau mit der gesunden Haut. (Erst mit dem Eintreten der Narbenbildung constituiren die jungen Epidermidal- oder Epithelialzellen an der Grenze des „Schankers“ eine Zone, welche von der Umgebung merklich verschieden ist.)

Was endlich die *Secretion* anlangt, so ist zu bemerken, dass der „Schanker“ relativ wenig secernirt; er secernirt z. B. weniger als ein Substanzverlust, der durch ein Trauma oder ein Causticum gesetzt ist. Bisweilen ist seine *Secretion* sehr spärlich, z. B. so spärlich wie bei einem Herpes. Andererseits gleicht sein Secret weniger dem Eiter, als vielmehr einer seropurulenten Flüssigkeit. Es stellt ein graues oder graugelbes, dünnes, schillerndes Liquidum dar, kurz Alles eher, als das *pus bonum et laudabile* der Chirurgen — den Fall ausgenommen, in welchem die Charaktere des „Schankers“ sich mehr denen anderer Geschwüre nähern.

Die Farbe des „Schankers“ ist vielfach mit der Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens, des Kupfers, als für ihn specifisch, verglichen worden. Allein er hat keine specifische Farbe; diese ist verschieden, je nach der Einwirkung verschiedener Einflüsse, die uns nicht einmal alle bekannt sind. Sehr häufig findet man ihn grau, schmutziggrau, matt schieferfarbig, bisweilen an diphtheritische Exulcerationen, bisweilen an die Schnittfläche eines Scirrhus erinnernd. Diese Farbe rührt von einer häutigen, pseudomembranösen, zarten, halbdurchscheinenden Membran her, welche über den Grund der Wunde ausgebreitet ist, und ihr so innig anhängt, dass sie nicht von ihr getrennt werden kann. Jene Membran bedeckt sehr häufig nur die Mitte des Grundes so, dass nur diese die erwähnte Farbe hat, während die periferen Theile desselben roth oder röthlich erscheinen.

Anderemale und vielleicht noch häufiger zeigt der „Schanker“ die Farbe des frisch angeschnittenen Muskels, des Muskelfleisches. Noch in anderen Fällen ist er gelblich roth, livid roth, auch gelblich, mitunter auch mit einem Stiche ins Bräunliche oder bedeckt mit blutigen Exsudaten, einem apoplectischen Herde gleich.

Ziemlich selten ist er vielfärbig, wobei die einzelnen Farbenzonen (wie bei einer Cocarde) concentrisch angeordnet sind.

Die Schwangerschaft hat auf die Färbung des „Schankers“ an den Genitalien einen leicht zu erklärenden Einfluss, sie macht ihn livid, braun und bisweilen selbst violett in allen Nuancen.

§ 8. Noch ist als Hauptcharakter die Induration einer besonderen Besprechung werth. Die Gewebe **unter** einer einfachen Wunde sind für gewöhnlich weich; erst wenn sich dieselbe entzündet, bieten jene eine gewisse Abweichung vom Normalen in Bezug auf den Eindruck, welchen der sie betastende Finger bekommt, die sogenannte Entzündungshärte. Letztere erscheint wie durch ödematöse Infiltration der Texturen an der Basis und überhaupt in der Umgebung der Wunde hervorgerufen. Ganz anders aber ist die Empfindung bei der Betastung der Basis eines „Schankers“. Da fühlt man eine specifische Resistenz, eine eigenthümliche Härte (von Hunter schon beschrieben, von Ricord aber erst besonders gewürdigt). Diese Härte unterscheidet sich ferner von jener bei der Entzündung dadurch, dass sie nur so weit reicht, als der „Schanker“ selbst, ihn höchstens um einen oder mehrere Millimeter überragend; sie hört brusque auf, ohne allmähig in das benachbarte Gewebe sich zu verlieren. Aber der wesentliche Unterschied besteht, wie bereits erwähnt, in ihrer Eigenthümlichkeit, die man nur unvollkommen schildert, wenn man sie mit der Härte des Knorpels, des Pappendeckels oder des Pergamentes vergleicht. Man hat das Gefühl, als ob ein fremder Körper unter das Integument eingelagert wäre.

Diese Induration findet sich in zwei verschiedenen Formen:

1. als knotige, schwielenartige, in die Tiefe greifende, welche mehr oder weniger voluminös ist (schon von de Vigo gekannt); 2. als lamellöse, flächenartige, welche beim Betasten das Gefühl veranlasst, als ob eine dünne Münze, manchmal nur ein Kartenblatt in die Gewebe unter den Schanker eingelagert wäre. Von letzterer Form kann man zwei Abarten unterscheiden, nach denen die Initialaffecte benannt werden: α) Pergament-„Schanker“, wenn jene Einlagerung so dick ist, dass man, auf ihre Peripherie drückend, dieselbe Empfindung hat, als ob ein Pergamentblättchen zwischen den Fingern gebogen würde; β) Papier-„Schanker“, wenn jene Einlagerung so dünn und zart ist, dass sie nur durch die minutiöseste Untersuchung gefunden werden kann, diese Form von „Schankern“ kommt vorzüglich an den weiblichen Genitalien vor. (Viele, besonders deutsche Autoren anerkennen diese Form nicht, die zwar schwer nachzuweisen ist, deren Vorhandensein aber nicht bloß als möglich gedacht werden kann,

sondern jedesmal bei der Verkleinerung, beim Schwinden von Flächenindurationen in dem letzten Stadium der Rückbildung nachweisbar ist).

* * *

Die Beobachtung der weiteren Entwicklung zeigt uns sodann den „Schanker“ im Stadium des Stillstandes. In dieser Periode verharrt er immer einige Zeit im gleichen Zustande, er vergrößert sich nicht, er verkleinert sich nicht.

* * *

§ 9. Nach einer verschieden langen Zeit des Stillstandes, beginnt die Periode der Vernarbung. Es ändert sich zunächst die Farbe des „Schankers“, indem die pseudomembranöse Schicht der Oberfläche sich abstreift und letztere aufhört grau oder dunkelroth zu sein und dafür röthlich, rosafarben wird, wie eine gewöhnliche Wunde, welche sich zur Vernarbung anschickt. Zugleich erhebt sich der Grund der Erosion oder Exulceration, er wird etwas prominent oder papulös. Bald sind die Ränder des Substanzverlustes mit einer feinen Narbe überzogen, welche anfangs eine Art grauer Halskrause darstellt. Diese Narbe breitet sich in centripetaler Richtung täglich mehr aus und vervollständigt sich ziemlich rasch.

Um dieselbe Zeit geht auch die Induration bisweilen schon eine regressive Metamorphose ein. Sie nimmt an Volum ab und wird geschmeidiger. Sie geht entschieden der Resorption entgegen, schmilzt und macht dem tastenden Finger den Eindruck eines weichen Kernes; endlich verschwindet sie ganz. Aber diese Rückbildung hält mit den einzelnen Phasen der Vernarbung nicht gleichen Schritt, und so kommt es, dass die Induration den „Schanker“ häufig überdauert. Wie lange sie ihn überdauert, ist in den einzelnen Fällen nicht gleich, und es schwankt diese Zeit zwischen wenigen Tagen und (in den extremen Fällen) vielen Monaten; im Allgemeinen kann man sagen, dass sie nur um $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ Monate länger besteht, als der Substanzverlust, d. h. die Narbe ist schon vollständig entwickelt, aber die unter ihr liegenden Gewebe haben die angegebene Zeit hindurch nicht die normale Consistenz. Natürlich ist diese Dauer dem Volum der Induration entsprechend, so dass die „kartenblattförmigen“ Verhärtungen ein nahezu ephemeres Dasein haben und schon vor der vollständigen Vernarbung geschwunden sind. Caeteris paribus braucht die Resorption der Indurationen durch-

schnittlich bei Männern mehr Zeit als bei Weibern, bei welchen letzteren auch die lamellösen Härten häufiger sind als die callösen.

Ist einmal die Vernarbung beendet **und** die Resorption vollständig, so ist auch jede Spur des „Schankers“ geschwunden. Es bleibt keine Narbe, kein Fleck auf die Dauer zurück. In der ersten Zeit nach der Vernarbung findet sich noch ein rother Fleck, aber allmählig blasst er ab und verschwindet endlich vollends, und häufig ist man 4 Wochen, ja schon 14 Tage nach der Vernarbung nicht im Stande, die Stelle zu bezeichnen, wo das Primärsymptom ursprünglich sass. Es gilt das Gesagte wohl vorzugsweise vom Initialaffecte des Weibes, der doch meist nur eine oberflächliche Erosion darstellt, welche eine vollständige restitutio ad integrum zulässt; (aber auch vom „Schanker“ im Allgemeinen [meint Fournier] kann man das behaupten, indem, selbst wenn er ulcerös ist, ein Theil der Induration zur Ausfüllung des gesetzten Substanzverlustes [nach Fournier's Ansicht] verwendet wird). Daher kommt es, dass man viele Frauen in einer nur wenig weit vorgerückten Periode „der Secundärerscheinungen“ (= Frühformen) untersuchen kann und nur sehr selten die Spur eines „Schankers“ findet. Und doch hat er existirt, muss existirt haben; ja mitunter behaupten die Frauen selbst, dass er dagewesen sei, dennoch findet man keine Spur von ihm. Man ist deshalb nicht berechtigt, an seiner früheren Existenz zu zweifeln, weil er keine Narbe zurückgelassen hat. Aber man muss immerhin zugeben, dass dieses rasche und vollständige Verschwinden, sowie das Meiste in der vorausgegangenen Auseinandersetzung, vorzugsweise vom „Schanker“ der Schleimhaut gilt. Jener der Haut verschwindet wenigstens im Allgemeinen langsamer. In der Regel lässt er einen tiefdunkelrothen Pigmentfleck, der später braun wird und bis zum völligen Verblassen einige Monate brauchen kann, zurück. Es ist sehr selten, dass eine dauernde Verhärtung an der Stelle, die er einnahm, zurückbleibt, allein ausnahmsweise kommt es schon vor.

§ 10. Fragt man nach allem dem Gesagten nach der Dauer des „Schankers“, so muss man ihn wohl im Ganzen als kurzlebig bezeichnen. Er dauert meist nur 4—5 Wochen und nur, wenn sich Complicationen zu ihm gesellen, 6—8 Wochen. Manchmal ist er auch schon nach 3 Wochen wieder vernarbt. Die längere oder kürzere Dauer des „Schankers“ ist übrigens von verschiedenen Bedingungen abhängig, als da sind:

Die Ausdehnung in die Breite und Tiefe — die grossen „Schanker“ heilen langsamer als die kleinen, die Erosionen rascher als die Geschwüre.

Der Sitz — die „Schanker“ am collum uteri heilen überraschend schnell (deutsche Autoren behaupten, wie schon gesagt, das Gegentheil); die „Schanker“ am meatus urethrae oder am Anus werden durch die Verunreinigungen mit Urin und Faecalmassen — Mangel an Pflege und Reinlichkeit — örtliche Reizungen — entzündliche Complicationen, etc. sehr in die Länge gezogen — auch die Schwangerschaft hat einen die Heilung verzögernden Einfluss.

§ 11. Aus allem bisher über den „Schanker“ an und für sich und abgesehen von seiner Bedeutung als Initialaffect der Syphilis Gesagten resultirt, dass ihm als Erkrankung eine gewisse Gutartigkeit nicht abgesprochen werden kann. Er ist wirklich **an sich** von ganz geringer Bedeutung, die sich auch, wenn sein Verlauf fern von allem ärztlichen Eingreifen der Natur überlassen wird, nicht steigert. Und weil er in der Mehrzahl der Fälle ohne alle Belästigung für die Kranken verläuft, wissen die Patienten — besonders die weiblichen, in Folge der Configuration ihrer Genitalien — oft gar nicht, dass sie einen „Schanker“ gehabt haben. Sie geben auch, wenn sie seinen Verlauf an ihrem Körper beobachteten, es oft gar nicht zu, mit einem derartigen Leiden behaftet gewesen zu sein. Sie sprechen höchstens von irgend einem von selbst geheilten „Asse,“ wie man hier zu Lande sagt.

Aber je schmerzloser, je weniger belästigend es verlief, je weniger Gewicht die Kranken auf das Vorhandengewesensein eines solchen „Asses“ legen, um so verdächtiger wird es dem aufmerksamen Arzte sein, um so ernster sind die Consequenzen, die er aus den anscheinend nichtssagenden Mittheilungen der Kranken zieht.

§ 12. Es ist nun auch nothwendig zu betrachten, wie man einen „Schanker“ auf seine Induration untersucht.

Wenn Jemand zum erstenmale in seinem Leben die Basis eines „Schankers“ betastet, weiss er nicht viel mehr, als dass der „Schanker“ eine Basis hat. Nur wenn ihm der Zufall eine callöse Induration in die Hände spielt, dann wird er allerdings augenblicklich erkennen, dass es mit dem untersuchten Geschwüre, besonders aber mit der Basis desselben, eine eigenthümliche Bewandtnis habe. Es muss eben die Constatirung dieses äusserst wichtigen, wenn auch durchaus nicht wesentlichen Symptoms, welches an dem Grunde des Substanzverlustes, den der Initialaffect darstellt, wahrzunehmen ist, ebenso wie vieles Andere erst durch Uebung erlernt werden. Und vor Allem ist zu bedenken, dass eine Induration nicht immer so in die Augen springend ist; im Gegentheile, in der

weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist sie dies nicht, ist sie so minim, dass sie sehr leicht der Beobachtung entgeht. Man denke nur an den geschilderten Pergament-, Kartenblatt- „Schanker“ oder richtiger an jenen „Schanker“ mit papierdünner Induration. Da ist es wohl begreiflich, dass der Blick Ungeübter Manches übersieht, was der Geübtere mit Leichtigkeit herausfindet. Für die Ersteren mögen folgende Regeln gelten:

1. Der Pergament-„Schanker“ und der Papier-„Schanker“ sind nur in der Ebene parallel zur Haut in Bezug auf Resistenz der Basis zu prüfen. Man muss also einen solchen „Schanker“ in der Richtung seines Diameters von seinen Rändern aus zusammendrücken, wenn man ihn auf Induration untersucht.

2. Muss man bei diesem Untersuchungsmodus das Geschwür unmittelbar an den Rändern anfassen und nicht erst in einiger Distanz von denselben; das ist wichtig. Denn fasst man den „Schanker“ in der letzterwähnten Weise oder gar noch etwas weiter von seinen Rändern an, so wird man nicht den Eindruck der Consistenz der Basis erhalten, sondern den Eindruck der Consistenz der den „Schanker“ umgebenden gesunden Partien. Da die Induration nur selten über die Grenzen des Geschwüres hinausgeht, wird es leicht geschehen, dass, wenn man diese Grenzen beim Anlegen der tastenden, drückenden Finger überschreitet, die Induration nicht gefunden, sondern durch die Weichheit der zwischen ihr und den Fingern liegenden normalen Gewebe maskirt wird.

3. Muss der „Schanker“ von den Fingerspitzen des Untersuchenden nur leicht gefasst werden, als ob man ihn von den unterliegenden Geweben abheben wollte, und dann erst versuche man die Enden des Diameters einander zu nähern. Dies Abheben wird besonders leicht gelingen, wenn die Verhärtung unter sich ein laxes Zellengewebe hat.

4. Wenn man dann die Enden des Diameters der Basis des „Schankers“ in der angegebenen Weise einander zu nähern sucht, erwäge man, ob das Gefühl, welches die drückenden Fingerspitzen empfinden, dasselbe ist, als ob sich zwischen denselben ein gleich grosses und unter ähnlichen anatomischen Bedingungen situirtes Stück normaler Haut befände. Zu dem Ende wiederholt man in zweifelhaften Fällen auch wirklich an der benachbarten gesunden Haut das manoeuvre, welches man an dem Geschwüre geübt hat. Das ist ein nicht genug zu empfehlendes Mittel, um Irrungen bei der Untersuchung vorzubeugen.

5. Bisweilen ist die Induration so geringfügig, dass man sie nur wahrnimmt, wenn man das Geschwür an zwei Enden eines Diameters in

der Art fasst, wie man eine Hautfalte (z. B. bei der subcutanen Injection) abhebt und dann zwischen den Fingerspitzen hin und herrollt. Diese Art der Untersuchung wird nur ausnahmsweise nothwendig und aus Gründen der Anatomie auch nicht überall ausführbar sein.

§ 13. Was nun speciell die Häufigkeit der Verhärtungen mit Bezug auf das Geschlecht anlangt, so kann man sagen, dass sie bei den Weibern ebenso gross ist als bei den Männern. Ja, in einem gewissen Sinne, wenn man nämlich von Verhärtungen an Syphilitischen schlechtweg spricht, bemerkt man sogar bei Weibern öfter Indurationen als bei Männern, was daher rührt, dass in Folge der Syphilis-Diathese gewisse pathologische Producte bei den ersteren vorkommen können, zu denen sich Verhärtung gesellt. Fournier nennt letztere Verhärtungen, die gehörigen Orts ausführlicher besprochen werden sollen: *indurations secondaires*.

Aber auch von diesen abgesehen, treten Verhärtungen bei Weibern nicht weniger oft als bei Männern auf.

Behufs der Erörterung dieses Punktes sollen die einzelnen Körpergegenden mit Rücksicht auf den zu verhandelnden Gegenstand per-lustrirt werden.

1. Die extragenitalen „Schanker“ z. B. an den Lippen, der Zunge, den Lidern, im Gesichte, an den Fingern, Armen, Schenkeln, am Stamme sind fast alle, bei beiden Geschlechtern, mit Indurationen behaftet. Ja, Verhärtungen kommen selbst an ganz gewöhnlichen Geschwüren der erwähnten Gegenden bisweilen vor und geben Veranlassung zu Täuschungen, vor denen man sich hüten muss. Und auch die Impf-„Schanker“ an jenen Gegenden tragen denselben Charakter der Verhärtung bei beiden Geschlechtern an sich, wie die Experimentatoren einstimmig berichten. Autoren, wie Clerc und Rollet, behaupten geradezu, dass die extragenitalen „Schanker“ bei den Weibern an einzelnen Körperstellen stärker ausgeprägte Indurationen besitzen als bei Männern. Clerc behauptet das von der Induration an den Lippen, Rollet von jener an den Brüsten.

Zu den extragenitalen „Schankern“ gehört auch jener am After. Es ist per analogiam anzunehmen, dass auch an ihm unter dem Einflusse der massgebenden Verhältnisse Indurationen vorkommen, allein diese sind wegen Spannung der Haut, der eigenthümlichen Resistenz des Sphincters, der Lage des „Schankers“, welchen man nicht gut anfassen und isoliren kann, und dessen Basis sich einer hinreichenden Unter-

suchung entzieht, u. s. w., sehr schwer oder gar nicht zu diagnosticiren und werden deshalb hier ganz aus dem Spiele gelassen.

2. Die genitalen „Schanker“ des Weibes.

α) An den grossen Lippen kommen beim „Schanker“ immer, manchmal sogar sehr umfangreiche Indurationen vor, welche von den älteren Autoren mitunter fälschlich als Oedem der Labien aufgefasst wurden.

β) An den kleinen Lippen kommen meist schwächere Indurationen vor: „Pergamentschanker“ u. dgl. Bisweilen aber ragt die kleine Lippe, in Folge von das ganze Gewebe ergreifender Verhärtung, wie eine rigide Lamelle zwischen den grossen Lippen hervor.

γ) Das praeputium clitoridis und deren Glans sind häufiger der Sitz von Erosionen und nur schwach angedeuteten Indurationen. Doch sind die Fälle nicht selten, wo die ganze Gegend verhärtet, so dass die Clitoris wie ein starrer Stab anzufühlen ist.

δ) Dagegen finden sich an der Urethra und dem meatus urinarius die schönsten Typen der Induration beim Weibe (nach Clerc).

ε) Der Scheidentheil der Gebärmutter ist für die exacte Untersuchung der Basis der Geschwüre (nach dem oben Gesagten) selbstverständlich nicht geeignet. Bisweilen zeigt sich derselbe entschieden dicht, voluminös, vorspringend und so missgestaltet, wie wenn seine Substanz durch eine Infiltration verändert wäre. Dann findet man auch beim Touchiren mit dem Finger eine ungewöhnliche Härte. Ricord berichtet von einem exquisit indurirten „Schanker“ am Scheidentheile eines prolabirten Uterus.

ζ) Die „Schanker“ des infundibulum vulvo - vaginale (wie sie Fournier nennt), das sind die „Schanker“ der fossa navicularis, des Vestibulum, der carunculae myrtiformes, des aditus ad vaginam, besitzen wenig ausgesprochene, in Folge der anatomischen Verhältnisse eine genaue Untersuchung nicht recht zulassende und deshalb schwer erkennbare Indurationen.

Wer die Gegenden von der Vulva zur Vagina verfolgt, der findet, dass die Schwierigkeiten bei der Untersuchung sich fortwährend steigern, die Deutlichkeit des oftgenannten Symptoms dagegen abnimmt. Aus letzterem Grunde werden die „Schanker“ dieser Oertlichkeiten auch zuweilen verkannt, wozu noch kommt, dass sie häufig eine geringe Ausdehnung haben, oft auch nicht in die Tiefe greifen und schliesslich rasch heilen, so dass selbst der Verlauf, der doch in vielen Fällen

über die Beschaffenheit eines Leidens Aufschluss gewährt, nicht selten in den einschlägigen Fällen nicht benützt werden kann, das Dunkel in Bezug auf die Diagnose zu erhellen. Die Schwierigkeiten aber, die sich der Untersuchung entgegenstellen, bestehen darin, dass man die Basis des Geschwüres nicht genau von den unterliegenden Geweben abheben kann, dass sie dem betastenden Finger entslüpft.

In summa geht aus dieser Erörterung hervor: Die Induration ist bei dem Weibe ebenso häufig als beim Manne, und, berücksichtigt man auch die secundären Indurationen, noch häufiger. Aber auch von letzteren abgesehen, zeigen sich die extragenitalen „Schanker“ bei beiden Geschlechtern gleich oft und gleich intensiv indurirt. Die dem weiblichen Geschlechte speciell zukommenden Initialaffecte zeigen rücksichtlich der Verhärtung dasselbe Verhalten wie die dem männlichen Geschlechte eigenthümlichen — mit Ausnahme jener des infundibulum vulvo-vaginale, wo, wie gesagt, die ganze Erscheinung an und für sich weniger ausgeprägt und nebstbei schwerer zu beobachten ist.

Doch kommen in Bezug auf den oben abgehandelten Gegenstand zwischen beiden Geschlechtern folgende zwei wesentliche Unterschiede vor: Die starken, knotigen Indurationen sind weniger häufig bei Weibern als bei Männern zu beobachten, und das gab Veranlassung zu dem Glauben, dass die Induration überhaupt bei Männern häufiger sei; — als ob es nothwendig sei, dass ein „Schanker“, um als indurirt bezeichnet zu werden, einen förmlichen Callus unter seiner Basis haben müsse. Dazu kommt noch: die Indurationen bei Männern sind mehr circumscribirt, sie reichen nicht weiter als das Geschwür: bei Weibern ist dies nicht der Fall. Weiber haben eine förmliche indurirte Zone, welche über den Umfang des Geschwüres hinausragt. Daher sieht man, dass Weiber ganze grosse oder kleine Labien indurirt haben, während das Geschwür, welches eigentlich mit dieser Induration im Nexus steht, verhältnismässig klein ist.

Im Gegensatze zu den früheren aber sind die mehr flächenhaften Indurationen bei den Weibern häufiger, besonders die „Pergamentschanker“ und namentlich die „Schanker“ mit papierförmiger Induration. Eine Ursache hievon ist vollständig unbekannt, doch das Factum steht fest. Man muss deshalb besonders die letzterwähnte Art kennen, und zu diagnosticiren wissen, denn sie verleiht anscheinend geringfügigen, gutartigen Verletzungen jenen verhängnisvollen Charakter des syphilitischen Primäraffectes und — sie wird auch am häufigsten übersehen.

§ 14. Es knüpft sich aber an die Betrachtung der Induration noch die zweite Frage: Ist die Verhärtung eine wesentliche Erscheinung, um ein Geschwür als ein syphilitisches zu bezeichnen, oder kommen auch Geschwüre ohne Induration als syphilitische Primäraffecte vor?

Die Antwort lautet: die Induration ist **fast** ein constantes Vorkommnis bei einem syphilitischen Primäraffecte beider Geschlechter, aber nur „fast“, und nicht indurirte derartige Primäraffecte sind minder häufig. Von diesen letzteren ist noch eine erkleckliche Anzahl jener Fälle abzuziehen, in denen verschiedene, meist auf anatomische Verhältnisse basirte Eigenthümlichkeiten der betroffenen Gegenden eine genaue Untersuchung nicht zulassen. Aber die Induration kann fehlen, ohne das Wesen jener Krankheit, deren fast constante Begleiterin sie ist, zu beeinträchtigen, gerade so, wie wir es bei anderen Erkrankungen von anderen Hauptsymptomen sehen.

Denn der „Schanker“ ist nicht ein Primäraffect der Syphilis, weil er indurirt ist, sondern er ist indurirt, weil er ein Primäraffect der Syphilis ist, und deshalb kann er ein solcher Primäraffect und doch nicht indurirt sein, d. h. die Syphilis kann verlaufen, ohne ein oder das andere Symptom hervorgerufen zu haben und in einzelnen Fällen kann unter den fehlenden Symptomen gerade auch die Induration sein.

Damit wären wir beim Streite zwischen den Dualisten und Unitariern angelangt, von denen die ersteren den „Schanker“, id est den Primäraffect der Syphilis, und das weiche, venerische, contagiöse Geschwür (von Sigmund vorzugsweise so genannt), id est den weichen Schanker, aus zwei verschiedenen Quellen ableiten, während die Unitarier für die genannten beiden Erkrankungen einen Ursprung annehmen.

Die Autoren der letzteren Richtung benützen nämlich die Wahrnehmung, dass Syphilis nach einem nicht indurirten Schanker auftreten könne, als Beleg für ihre Behauptung. Sie sagen: „Da Syphilis nach einem nicht indurirten Schanker auftreten kann, ein nicht indurirter Schanker aber ein weicher ist, so kann Syphilis auch der Folgezustand eines weichen Schankers sein. Somit ist der weiche Schanker und der indurirte identisch, denn sie führen beide zu denselben Consequenzen und müssen somit auch einer und derselben Ursache entspringen, einem und demselben Virus ihre Entstehung verdanken. Zwischen hartem und weichem Schanker besteht also nur ein, in dem Mangel eines Symptoms bei letzterem beruhender Unterschied.“

Es ist demnach nicht richtig, weil in nichts begründet, den „Schanker“ mit harter und den mit weicher Basis als zwei einander fremde Krankheiten zu betrachten. Sie sind nur verschiedene Manifestationen (und zwar die ersten) einer Krankheit — der „Syphilis.“

Man sieht, dieses ganze System beruht auf dem einen Trugschluss: Ein nicht indurirter „Schanker“ ist ein weicher Schanker.

Das ist ein Trugschluss, denn ein Geschwür wird nur durch die späteren Krankheitserscheinungen, die sich nach ihm entwickeln, die untereinander und mit ihm im Nexus stehen, zu einem syphilitischen, aber nicht dadurch, dass es indurirt ist.

Treten diese späteren Krankheitserscheinungen auf, dann ist jenes Geschwür ein „Schanker“, gleichviel ob es indurirt oder nicht indurirt ist.

Treten diese späteren Krankheitserscheinungen nicht auf, dann ist es keinesfalls ein „Schanker“, i. e. ein Primäraffect der Syphilis, denn von dieser ist ja unter solchen Umständen der Kranke gar nicht befallen, sondern jenes Geschwür ist einfach ein weiches, venerisches, contagiöses Geschwür (im Sinne v. Sigmund's z. B.), i. e. ein weicher Schanker, das ist eine vom syphilitischen „Schanker“ grundverschiedene Krankheit, welche einer und derselben Quelle, wie der syphilitische Initialaffect ebensowenig entstammt, wie z. B. Morbillen und Variolen, einem und demselben Contagium entspringen können. Und zu diesem letzteren Schlusse kommt man nur durch die Betrachtung der Folgezustände beider, wobei die Basis beider ganz ausser Acht gelassen ist.

In der Praxis wird man wenig Schwierigkeiten in dieser Beziehung haben, meint Fournier; denn, wie gesagt, der syphilitische Primäraffect beim Manne ist in der enormen Mehrzahl der Fälle indurirt, und beim Weibe nur sehr selten — vielleicht in 100 Fällen 5mal — nicht indurirt. Das Vorhandensein der Induration kann somit als Regel, ihr Fehlen als höchst seltene Ausnahme betrachtet werden.

§ 15. Der „Schanker“ tritt in verschiedenen Formen auf, indem entweder die eine oder andere oder mehrere von seinen Eigenschaften gleichzeitig über das Mass des Gewöhnlichen hinausgehen, unter dasselbe herabsinken, ganz fehlen, auch wohl durch andere gewöhnlich nicht vorkommende ersetzt werden können. Dies bezieht sich auf alle seine Attribute mit Ausnahme des Erosivprocesses, und kann als hervorstechendstes Beispiel, wie erwähnt, die Induration angesehen werden, welche nach dem früher Gesagten sehr umfangreiche Dimensionen annehmen,

aber auch sich verkleinern und schliesslich ganz fehlen kann. Es können andererseits viele Symptome fehlen, so dass der „Schanker“ Allem eher, als dem gleicht, was man sonst unter diesem Namen versteht, und der in solchen Fällen vorliegende Substanzverlust nur wegen des Vorhandenseins der Induration und der nie fehlenden Erkrankung der (anatomisch) zugehörigen Lymphdrüsen und des nachmaligen Auftretens der Folgezustände mit jenem Namen belegt werden kann. Besonders bei Weibern finden sich solche schwach ausgeprägte Formen.

1. Varietäten des „Schankers“, veranlasst durch verschiedene Ausbreitung in die Fläche: Für gewöhnlich hat der syphilitische Primäraffect beiläufig die Grösse eines Zwetschkernes und solche, welche dieses Mass überschreiten, kann man schon zu den grossen rechnen. Und es gibt deren ganz grosse, wie eine Erbsschote gross. Sie finden sich in der plica genito-cruralis 6—7 Centimeter lang und einen Finger breit. Es gibt auch noch grössere, daumenlange, 3—4 Centimeter breite, welche z. B. ein ödematöses Labium majus einnehmen; aber sie sind natürlich selten. Andererseits gibt es wieder ganz kleine „Schanker“, man könnte sie Zwerg-„Schanker“ nennen.

Die Grösse des Initialaffectes, die Beschaffenheit desselben überhaupt, hat mit der Intensität der später an dem Individuum auftretenden Syphiliserscheinungen gar keinen Zusammenhang.

2. Varietäten des „Schankers“, veranlasst durch verschiedene Ausbreitung in die Tiefe. Diese zerfallen in 4 Arten: Erosive (desquamative), exulcerirende, ulcerirende und papulöse.

Beim erosiven „Schanker“ betrifft die Zerstörung nur die Epidermis oder das Epithel, beim exulcerirenden greift sie schon etwas tiefer, bis an das subcutane oder submucöse Bindegewebe, der ulcerirende stellt einen grubigen Substanzverlust vor, welcher aber nicht auf Kosten der normalen Gewebe, sondern der neugebildeten Masse — des Substrates der Induration — zu Stande gekommen ist. Der papulöse „Schanker“ endlich (das *ulcus elevatum*) bildet, wie bereits auseinander-gesetzt, eine kleine Erhabenheit, welcher der Substanzverlust aufsitzt, die der später zu beschreibenden („secundären“) Papel (*plaque muqueuse*) ähnlich ist.

Die beiden ersten Formen sind die häufigeren und verhalten sich der Zahl nach zu den anderen (man kann sagen) wie 8 : 2, bei der ulcerösen Form betrifft der Substanzverlust lediglich die Induration.

Es geht dies daraus hervor, dass seine Heilung ohne Narbe erfolgt; ja es bleibt sehr oft nicht die geringste Spur des vorausgegangenen Processes. Seine Ränder sind gewöhnlich erhaben, vorspringend, etwas weniger roth als die angrenzenden Gewebe, sie verschmelzen meist durch sanfte Abdachung mit dem Grunde des Geschwüres, so dass das Ganze eine Art Napf darstellt (*ulcus cupuliforme*). Er kommt bei Männern häufiger vor als bei Weibern. Dafür wird die papulöse Form wieder bei Weibern häufiger beobachtet, bei denen nämlich auch die früher geschilderten Varietäten oft während eines ihrer Entwicklungsstadien sich als mehr oder weniger deutliches *ulcus elevatum* präsentiren können.

3. Varietäten des „Schankers“, veranlasst durch die Verschiedenheit des Sitzes. Der Sitz beeinflusst die Beschaffenheit eines „Schankers“ in so auffallender Weise, dass derartige Geschwüre, welche gleichzeitig an einem und demselben Individuum vorkommen, lediglich in Folge des verschiedenen Sitzes einen verschiedenen Anblick gewähren können. (Auch ein und derselbe „Schanker“, kann schon in seinen zwei Hälften ein verschiedenes Aussehen darbieten, wenn er z. B. an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut sich befindet).

Hauptsächlich gilt dies von einem solchen Initialsymptome auf der Haut.

Ziemlich oft ist der syphilitische Primäraffect mit einer Kruste bedeckt, als ob er eine *ecthymatöse* Efflorescenz wäre. Man nennt ihn dann *ecthymatöser* „Schanker“, aber mit Unrecht, denn durch eine solche Bezeichnung gibt man Veranlassung zu dem Glauben, als ob er auch aus einer Pustel (wie die *Ecthyma*) entstanden wäre, welche sich dann später mit einer Kruste bedeckt. Viel besser passte für ihn die Bezeichnung *crustöser* „Schanker“, weil damit nur gesagt wäre, dass ein Initialaffect gemeint ist, dessen Secret zu einer Kruste verhärtet. Diese Art kann an keiner Schleimhaut vorkommen, weil das Secret der letzteren so copiös ist, dass es sofort jenes der Geschwürsfläche wegschwemmt und somit demselben nicht Zeit lässt, sich anzusammeln und Krusten zu bilden. Man findet sie aber bei Weibern häufig am freien Rande oder der äusseren Fläche der grossen Lippen, an den Hinterbacken, Schenkeln, am Venusberg, an den Lippen des Mundes, an den Mammis, etc.

Diese Kruste ist vereinzelt, umschrieben, bräunlich oder dunkelbraun mit gräulichen Streifen und Flecken, ziemlich (1—2 Millimeter)

dick, von unebener Oberfläche, mit dem Nagel leicht abzuheben, löst sich in einigen Stunden unter dem Einflusse von fetten Einreibungen, Kataplasmen und Bädern ab, und unter ihr findet sich dann das Geschwür mit allen seinen Varietäten. Man muss die Möglichkeit des Vorkommens eines solchen „Schankers“ kennen, um keinen Fehler in der Diagnose zu begehen und gegebenen Falls einen syphilitischen Primäraffect nicht für eine harmlose Ecthyma-Efflorescenz zu halten.

§ 16. Am allerhäufigsten kommt dieser „Schanker“ an der Mamma vor und verdient darum, namentlich wegen des medico-legalen Interesses, das er darbietet, noch besondere Aufmerksamkeit. Man sieht ihn wohl meist nur in einem Exemplare, aber doch ziemlich häufig in zweien oder dreien bis zu achten, die im Kreise an der Basis der Warze in jener Furche, welche die Hervorragung der Brustdrüse von der eigentlichen Warze trennt, situirt sind. Bisweilen findet man an beiden Drüsen solche „Schanker“, und sie sind links und rechts gleich häufig anzutreffen. Ausser jener Furche ist auch die Warze selbst, dann der Warzenhof und endlich (am allerseltensten) die untere Fläche des (hängenden) Busens, der Sitz eines crustösen „Schankers.“ Wie an anderen Stellen ist auch an der Brustdrüse der syphilitische Initialaffect in seinem ersten Auftreten unschmerzhaft. Er zeigt sich nur im Beginne als „Ass“, wie man hier zu Lande sagt, als eine röthliche Erhabenheit, die an der Spitze leicht abgeschürft ist, als eine Schrunde oder ein Riss, wie dergleichen beim Säugegeschäft nicht selten entstehen und wegen des geringen Schmerzes von den Ammen nicht weiter beachtet werden. Indess bleibt dieses „Ass“, diese Art von Schrunden (während die lediglich in traumatischer Weise entstandenen bald wieder heilen) längere Zeit unter steter Vergrösserung, oder auch ohne dieselbe, persistent, und erregt dadurch erst die Aufmerksamkeit der betreffenden Personen. Bisweilen aber ist letzteres auch jetzt noch nicht der Fall, sondern der „Schanker“ heilt, verkannt oder unentdeckt, und der Arzt, welcher erst in einer späteren Periode der bereits in anderer Art sich äussernden Syphilis herbeigerufen ist, muss aus einer Narbe, einer Induration oder der Anamnese die wahre Natur des längst abgelaufenen Primäraffectes erschliessen.

Der „Schanker“ der weiblichen Brust zeigt sich auf der Höhe seiner Entwicklung in einer der folgenden zwei Formen: entweder als einfache Erosion, als erodirte Papel (in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen) als leichte Ulceration oder als „Krustenschanker“, in

welchem letzteren Falle er einem Ecthyma vulgare, der Kruste eines Furunkels oder einer vertrockneten Krätzepustel ähnlich ist. Diese Formen treten nicht zufällig auf, sondern die ersteren kommen bei Stillenden vor, indem die Lippen des Säuglings die sich etwa bildenden Krusten loslösen, die letzteren hingegen zeigen sich bei Jenen, welche nicht stillen und sind dann so beschaffen, wie dies oben von dem „Schanker“ der Haut überhaupt ausgesagt wurde.

Betrachten wir nun die Formen der ersteren Art, so bemerken wir zunächst, dass sie eine verschiedene Ausdehnung besitzen, die bisweilen bis zur Grösse einer Linse oder einer schmalen Furche, einer Schrunde, eines Ritzes von 2—4 Millimeter Breite herabsinkt. Die Gestalt ist je nach dem Sitze verschieden.

Auf dem Warzenhufe, dem Drüsenkörper ist der „Schanker“ rund oder ovalär, weil es ihm da möglich ist, sich nach allen Seiten auszubreiten; auf der Warze selbst oder auf ihrer Basis, ist er von unregelmässiger Gestalt, meistens spaltförmig; oft umgibt er die Warze in Form eines Halbmondes oder eines vollständigen Kreises. Im Uebrigen besitzt er alle jene Eigenschaften, und kommen alle jene Varietäten vor, die bisher bezüglich seiner erörtert wurden. Zu bemerken ist nur, dass die Induration fast ausnahmslos vorhanden, wenn auch manchmal in geringerem Grade ausgeprägt ist. Bei seiner Heilung lässt er gewöhnlich einen dunkelrothen Fleck zurück, der sich bald in einen broncefarbenen oder bräunlichen umwandelt und schliesslich vollkommen spurlos verschwindet, so dass fast immer schon nach einigen Wochen auch nicht das geringste Zeichen von dem vorausgegangenen Primäraffecte an der Brustdrüse, mit Ausnahme der Induration, zu finden ist. Nebstdem besteht dann auch noch als wichtiges diagnostisches Merkmal die Erkrankung der anatomisch zugehörigen Lymphdrüsen. Die Induration überdauert das Geschwür um Monate. Sie zeigt uns hinterher die Spur der Eingangspforte, welche das Gift bei seinem Eindringen in den Organismus benützt hat und legt auf diese Weise unumstösslich Zeugnis für den Modus der Infection ab.

§ 17. Die Physiognomie des „Schankers“ ändert sich auch in der Geschlechtsgegend je nach dem Theile derselben, welcher afficirt ist.

Auf dem mons veneris, sowie auf allen mit dem integumentum commune bedeckten und besonders mit Haaren bewachsenen Theilen der Geschlechtsorgane findet sich meist der Krusten-„Schanker“.

An den grossen Labien ist der „Schanker“ meistens rund oder oval, und die Längsachse des Ovals entspricht der Längsachse des Organes. Die Induration ist hier immer deutlich ausgeprägt und nicht selten so massig, dass sie die Grenzen des Geschwüres weit überschreitet. Das ist auch die Stelle, wo der „Schanker“ am häufigsten die papulöse Form, wenigstens in einem der Stadien seiner Entwicklung, annimmt.

An den kleinen Labien finden sich zuweilen die Indurationen so schwach ausgeprägt, dass es zu empfehlen ist, bei der Untersuchung das Organ in dem Durchmesser von oben nach unten, bei welcher Raumbezeichnung das Weib liegend gedacht wird, zwischen die Finger zu fassen und zusammenzudrücken. Andere Male ist wieder die Induration, wie bereits früher gesagt worden, so stark, dass das ganze Organ als ob es aus Pappendeckel wäre, zwischen den Nachbargebilden hervorragt. Dasselbe gilt von der Clitoris und ihrem Praeputium.

Der „Schanker“ am *meatus urethrae* und in der Nachbarschaft desselben ist meistens der Sitz starker Indurationen und heilt wegen der Verunreinigungen mit Urin in der Regel langsam; — befindet er sich genau an der Mündung, so ist dieselbe starr, klaffend, geröthet, bei Druck blutend und immer *circumscrip*t, aber deutlich indurirt — gleichviel ob sich das Geschwür in das Lumen der Harnröhre hinein fortsetzt oder nicht.

§ 18. Als wichtig für die Behandlung des weiblichen Geschlechtes kommt noch der „Schanker“ an der Vaginalportion des Uterus in Betracht. Es ist bereits gesagt worden, dass man ihn nicht so selten beobachtet, als gewöhnlich angenommen wird. Er ist entweder central, d. h. an einer oder der anderen, auch wohl an beiden Lippen entwickelt, begrenzt sich aber jedesmal am Orificium; sitzt er excentrisch, so kann er sich an jedem Punkte des Scheidentheiles etabliren, findet sich aber doch meist am unteren Segmente (bei welcher Raumbestimmung das Weib liegend gedacht ist).

Der „Schanker“ des *Cervicalcanales* ist bis jetzt noch nicht klinisch erwiesen, aber es ist immerhin möglich, dass auch dort ein solcher vorkomme, nachdem die Existenz eines weichen Schankers im Cervicalcanal von Delmas und Combal präzise in einem Falle nachgewiesen wurde.

Der „Schanker“ der Vaginalportion findet sich meist nur in Einem Exemplare an der Kranken.

Er besitzt eine verschiedene Gestalt, rund oder ovalär, wenn er excentrisch ist, und ist er central, so umgibt er das orificium canalis cervicis uteri in einem mehr oder weniger vollständigen Kreise. Die Grösse ist verschieden, von der einer Linse bis zu jener einer Aprikosenscheibe.

Er ist entweder flach oder papulös, an der Oberfläche glatt, und die Farbe, welche von jener der Nachbargewebe auffallend absticht, ist speckgrau, von einem pseudomembranösen Ueberzuge des Grundes und ähnelt einigermassen der auf dem Durchschnitte scirrhöser Tumoren wahrgenommenen. Diese Farbe geht bisweilen ins Weissgraue oder Mattweisse über, andere Male ist sie graugelb oder chamois mit rothen kleinen Tupfen. Die Ränder sind zuweilen leicht roth und lassen dadurch den Grund nur noch mehr von der Umgebung abstechen. Die Secretion ist äusserst sparsam und mengt sich fortwährend mit der copiösen Secretion der Nachbargewebe. Weder spontan noch bei der Berührung zeigt sich der mindeste Schmerz, so dass die Kranken, wie bereits oben gesagt worden ist, wegen eines „Schankers“ am Scheidentheile niemals den Arzt aufsuchen, sondern man entdeckt ihn immer zufällig, wenn die Vagina aus irgend einer anderen Veranlassung mit dem Speculum explorirt wird.

Fournier hat wiederholt Herpes an der Vulva und an der Umgebung derselben bei „Schanker“ portionis vagin. wahrgenommen. Dieser Herpes ist überhaupt eine Begleitungserscheinung vieler anderer Genitalaffectionen, z. B. der Urethritis, Vaginitis, des Schankers der Scheide und findet sich selbst bei der Menstrual- und Schwangerschaftscongestion. Ob er in einem Zusammenhange mit den erwähnten Leiden steht, und in welchem, darüber gibt es nicht einmal Vermuthungen. Anlässlich eines solchen Herpes vorgenommene Untersuchungen der Scheide mit dem Speculum führten zuweilen zur Entdeckung der erörterten Krankheit am Scheidentheile.

Es ist schon der Schwierigkeiten der Constatirung einer Induration an den Primäraffecten, die sich am collum uteri etabliren, gedacht worden. Einerseits ist das Organ von Natur aus etwas hart; ist es demnach schon schwer eine pathologische Härte an einem von Haus aus hartem Organe nachzuweisen, so steigert sich die Schwierigkeit noch durch die eigenthümlichen Lagerungsverhältnisse der Gebärmutter, welche eine regelrechte Betastung mit zwei Fingern, wie sie oben geschildert wurde, nicht zulassen. Und eine Betastung mit einem Finger

bei dem sonst üblichen Touchiren, welches für andere Zwecke vollkommen ausreicht, liefert für den hier in Rede stehenden so viel wie kein Resultat. Vielleicht dass man auf diese Weise eine Hypertrophie mit Härte diagnosticiren kann, oder hie und da partielle Indurationen, aber es bleiben solche Aussprüche immer sehr vag. Man wird deshalb auf eine genaue Diagnose, ob Induration vorhanden ist, in welchem Grade, oder ob sie ganz fehlt, in der Regel verzichten müssen.

Im weiteren Verlaufe bemerkt man, dass der „Schanker“ des Scheidentheiles mit ausserordentlicher Schnelligkeit heilt und dass die reparatorischen Veränderungen oft innerhalb 24 Stunden äusserst beträchtliche sind. Wo man gestern einen „Schanker“ gesehen hat, findet man heute eine scheinbar unverfängliche, ganz gewöhnliche Erosion, welche von Erosionen anderer Art nicht zu unterscheiden ist. (Zu diesen Angaben Fournier's stehen die anderer, besonders deutscher Autoren, welche den „Schanker“ des Scheidentheiles als eines der hartnäckigsten Leiden bezeichnen, im Gegensatze.) Sollte man demnach im reparatorischen Stadium den „Schanker“ der Vaginalportion zu Gesicht bekommen, so kann man sich begreiflicherweise leicht täuschen, den Frauen mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit des Untersuchungsergebnisses gestatten, ihre geschlechtlichen Beziehungen weiter zu pflegen und dadurch schreckliches Unheil stiften. Das ist die practische Seite der Sache, die theoretische aber besteht darin, dass, da bei dieser Rapidität der Heilung zuweilen kein Primäraffect der vollkommen entwickelten Syphilis deutlich nachzuweisen war, diese Art von Initialsymptomen Veranlassung zum Glauben gegeben hat: eine Syphilis d'emblée, d. i. allgemeine Syphilis ohne vorausgegangenen Primäraffect, sei möglich. Diese Theorie konnte um so eher Aufnahme finden, weil, wenn im Verlaufe auch jene Erosion geheilt ist, nur durch einige Zeit noch ein rother Fleck an ihrer Stelle besteht, endlich auch dieser schwindet und nicht die geringste Spur des vorausgegangenen Processes zurückbleibt. Das Vorkommen einer Narbe an der Vaginalportion, in Folge desselben, gehört zu den Ausnahmen.

Aus dem Gesagten folgt für die Therapie dieser Primäraffecte, dass man eigentlich, ausser entsprechender Hygiene, nichts anzuordnen braucht. Will man allenfalls etwas thun, so genügen, neben Injectionen zur Reinhaltung der Scheide, Bestreuungen mit Tannin, Oxydum Zinci, Magisterium Bismuthi etc., welche man mit Hilfe eines Wattatampons an den leidenden Theil applicirt, und geht unter diesen Massregeln die

Sache nicht vorwärts, so genügen einige Betupfungen mit dem Lapis vollständig. (Im Anschlusse an das oben erwähnte muss hier wieder hervorgehoben werden, dass andere, besonders deutsche Autoren die Sache als nicht so leicht schildern und die in Rede stehenden Erkrankungen als solche bezeichnen, die meistens hartnäckig jeder Therapie manchmal durch viele Wochen, viele Monate Widerstand leisten und deshalb die Geduld des Arztes auf die Probe stellen, um so eher, als die Kranken, ohne Einsicht in die Natur des Leidens und ohne mit Schmerzen behaftet zu sein, die nöthige Ausdauer bald verlieren).

§ 19. Bei den Weibern häufiger als bei den Männern sind noch der „Schanker“ um den After, welcher am Rande des Afters liegt, und der eigentliche Afterschanker, der das orificium an selbst einnimmt. Der erstere hat entweder eine ausgebreitete, runde oder ovale Configuration, oder er folgt in seiner Ausbreitung den Afterfalten und stellt dann eine längliche, schmale, ausgefranzte, rothe Fissur dar, mit erosiven Rändern, geschwürigem, sanguinolentem Grunde. Durch Anschwellung der benachbarten Falten kann diese Schrunde maskirt werden, so dass man jene sorgfältig auseinanderziehen muss, um dieser ansichtig zu werden. Bei Ausserachtlassung dieser Vorsicht, oder wenn man die Nothwendigkeit derselben nicht kennt, kann es sehr leicht geschehen, dass man den Anal-„Schanker“ ganz übersieht. In gewissen Fällen, wenn kein zweckmässiger Verband applicirt wird, die hygienischen Massregeln vernachlässigt werden, treten zu diesem Affecte inflammatorische Erscheinungen hinzu. Der ganze Rand des Afters wird dann intertriginös, dunkelroth, die Falten schwellen zu harten, vorspringenden oft bizarr geformten Wülsten. Unter diesen Verhältnissen ist der „Schanker“ noch schwieriger zu entdecken, ein Fehler in der Diagnose noch leichter zu machen, wenn man vielleicht glaubt, man habe es nur mit einem Intertrigo zu thun, während im Hintergrunde eine viel ernstere Erkrankung lauert.

Der eigentliche After-„Schanker“ nimmt das orificium an ein. Er überschreitet entweder den Rand des Orificiums und ist dann leicht zu erkennen, oder er überschreitet ihn nicht und bleibt im Analcavum versteckt, und muss, damit er erkannt werde, der After entweder mit den Fingern auseinandergezerrt werden oder es müssen in denselben Instrumente (das Analspeculum, Ricord's dreiarmer Dilatator, der Sims'sche Spiegel kleinster Gattung) eingeführt werden.

Da er sich meist an der vorderen Fläche des Afters findet, muss man die Weiber in der Bauchlage mit angezogenen Schenkeln unter-

suchen; doch beobachtet man ihn auch an der rückwärtigen Wand und an den Seitenwänden des Anus. — Er ist von verschiedener Ausdehnung, aber häufig nur spaltförmig. Das Geschwür, welches er darstellt, ist immer gereizt, entweder durch die natürliche Faltung seines Standortes oder durch die Besudlung mit Faecalmassen; oft wird es bei der Defaecation gewaltsam gezerrt. In Folge dessen ist es immer livid oder weinroth. Es ist häufig ganz oder zum grössten Theile oberflächlich und verursacht nur sehr wenig Schmerz; meist ist es indolent im Gegensatze zu gewissen anderen Fissuren, welche mit den heftigsten Schmerzen verbunden sind.

Die Induration des After-„Schankers“ ist, sei sie auch noch so ausgeprägt, gewöhnlich nicht zu diagnosticiren; denn es gibt auch hier unbesiegbare Hindernisse, welche eine regelrechte Untersuchung, jenes Abheben des „Schankers“ von den unterliegenden Geweben, das eine Grundbedingung der exacten Exploration ist, nicht gestatten. Diese Hindernisse liegen in dem anatomischen Baue, in der Anheftung der ergriffenen Theile durch ein kurzfaseriges Bindegewebe an ihre Unterlage und in der Eigenart des Schliessmuskels am After, welcher, wie jeder andere Sphincter, bei dem Versuche ihn zu dilatiren (und dieser müsste der Untersuchung vorausgehen), sich um so energischer um den explorirenden Finger contrahirt und die Verwendung dieses letzteren unmöglich macht. Zuweilen ist es aber doch möglich, die Induration des After-„Schankers“ zu erkennen und dies dann, wenn er zum Theile die Afteröffnung überragt und einen vorspringenden Wulst bildet. In Fällen dieser Art hat er auch eine eigenthümliche Gestalt. Er besteht dann aus 2 Hälften, welche wie die Blätter eines Buches sich aneinanderlegen und beim Ausbreiten jener Gegend aufschlagen lassen. Es ist jedoch zu bemerken, dass auch der weiche Schanker in dieser Gegend die gleiche Form besitzt — ferner, dass die Falten daselbst sich häufig einfach in Folge von Reizung nahe bei einem weichen venerischen contagiösen Geschwüre entzündlich infiltriren und eine ähnliche Form annehmen.

§ 20. Es erübrigt nunmehr noch über die Complicationen des „Schankers“ zu sprechen.

Bei den Männern sind die anatomischen Verhältnisse Ursache von mancherlei mehr oder weniger ernsten Complicationen. Dahin gehören die Phimose, Paraphimose, Balano-posthitis (in Folge von verhindertem Eiterabflusse), welche einfach phlegmonös oder erysipelatös, gangränös sein kann, etc.

Bei den Weibern kommen dergleichen Complicationen caeteris paribus viel seltener vor und sind meist entzündlicher Natur. Entweder wird der „Schanker“ selbst oder seine Umgebung von Entzündung ergriffen. Diese kann spontan auftreten, ist aber meist das Ergebnis von allerlei äusseren Einwirkungen. Dergleichen sind: Mangel an Hygiene oder an zweckmässiger Behandlung, also Unreinlichkeit, Abgang jedes Verbandes, Fatiguen, Märsche, Tanz, — venerische oder alkoholische Excesse (denn der „Schanker“ ist gegen den Einfluss des Alcohols sehr empfindlich, meint Fournier) — ferner Application reizender Medicamente, unzweckmässige und zur Unzeit wiederholte Cauterisationen.

Wenn der Primäraffect sich entzündet, schwillt er an, umgibt sich mit einem hyperämischen Hofe, wird gegen Druck empfindlich, ist aber auch spontan schmerzhaft. Seine Oberfläche wird dunkelroth, livid und er secernirt viel mehr als früher, manchmal wird er schwammig, schwärzlich, stellenweise ecchymotisch, hie und da selbst gangränös.

Beschränkt sich aber die Entzündung auf die Nachbarpartien, dann findet man bei „Schankern“ in der Nähe und an der Vulva — Vulvitis, jedoch nur partielle umschriebene Vulvitis mit folgenden Symptomen:

Röthe, erhöhte Temperatur, Schwellung, Schmerzhaftigkeit, entzündliche Spannung der den Initialaffect umgebenden Partien, bisweilen auch mehr oder weniger deutliches Oedem. Dieses Oedem kann so stark sein, dass es die ergriffenen Theile auffällig vergrössert und merkwürdig umstaltet. Die Labia majora können so gross wie ein Ei, eine Citrone, eine Orange werden. Die kleinen Lippen verdoppeln, ja verfünffachen ihr Volum, hängen als rosenfarbene, halbdurchscheinende, mannigfach verdrehte Kämme aus der Vulva heraus und nehmen so sonderbare Formen an, dass man das Organ nicht gleich auf den ersten Blick wieder erkennt.

Diese Complication erregt die Besorgnis der Kranken, welche sie zum Arzte führt, denn in ihren Augen ist jene Complication die Hauptsache und die Patienten müssen erst auf die eigentliche veranlassende Erkrankung aufmerksam gemacht werden.

So bedeutungsvoll auch diese Oedeme und die durch selbe gesetzten Veränderungen zu sein scheinen, so unbedeutend sind sie in Wirklichkeit und schwinden in wenig Tagen unter dem Einflusse der Hygiene und der einfachsten Behandlung, als: der Ruhe, lauer Bäder, welche nach Bedürfnis alle Tage wiederholt werden müssen, ge-

nauester Reinlichkeit, erweichender Fomentationen und zweckmässiger Verbände.

Neben anderen Complicationen ist aber noch folgende bemerkenswerth: Ein grosses Labium, seltener ein kleines, schwillt an und infiltrirt sich mit einem Exsudate, welches dem Organe eine gewisse Starrheit verleiht, einen Zustand, der die Mitte hält zwischen der Härte der entzündlichen Anschoppung und jener, wie sie der ödematöse Erguss hervorruft. Die Gewebe geben dabei dem Fingerdrucke nicht nach, sondern befinden sich in einem ähnlichen Zustande wie bei Sclerema (der Zellgewebsverhärtung), weshalb auch für denselben die Bezeichnung *scleröse Induration* gewählt wird. Er ist ziemlich lange andauernd, dauert länger als eine durch Oedem oder entzündliche Infiltration bedingte Gewebsveränderung. Die antiphlogistische Behandlung, gegen diese wirksam, ist wirkungslos gegen jenen und er widersteht hartnäckig jeder Therapie; am wenigsten schlecht bewährten sich noch Einpinselungen mit Jodtinctur. Die pathologische Anatomie gibt über ihn keinen Aufschluss, und nur vermuthungsweise kann man es aussprechen, dass man es in solchen Fällen mit ausgebreiteter netzförmiger *Lymphangioitis* zu thun hat.

Die letzte Complication endlich ist der *Phagedänismus*, welcher neben dem „Schanker“ allerdings nur äusserst selten vorkommt, beim Manne noch eher als beim Weibe zu finden ist, wo man nur ausnahmsweise Zerstörungen an den grossen Labien, Verluste der kleinen etc. — wohlgemerkt, in Folge eines syphilitischen Primäraffectes — bemerkt. Dagegen findet man die Phagedän nicht selten als Complication der Spät- (tertiären) Formen der Syphilis, in Folge des weichen Schankers oder endlich in Folge gleichzeitig vorhandener Scrofulose. Sie ist die beträchtliche, rebellische, oft chronische Form einer Ulceration, welche sich entweder immer mehr in die Fläche oder in die Tiefe einfrisst, und dabei auf ihrem Wege Alles zerstört. Der Phagedänismus ist immer eine gefährliche Complication, aber unter dem Einflusse der Hygiene und zweckmässiger Behandlung weicht er in vielen Fällen bald.

§ 21. Gehen wir nun nach diesen Auseinandersetzungen zur Therapie des „Schankers“ über, so drängt sich zuerst die Frage auf: Gibt es eine Abortivbehandlung desselben? Allerdings — man kann ihn im Beginne seiner Entwicklung und auch später mit Erfolg durch eine energische Cauterisation zerstören. Bisweilen genügt, je nach dem Sitze, ein Scherenschlag, ihn zu beseitigen. Allein, nun entsteht

die weitere Frage: verhütet man dadurch auch den Ausbruch der Syphilis? Lange Zeit hat man dies gehofft, und Hunter und Ricord haben es gelehrt. Hunter sagte: „Der Schanker ist eine örtliche Erkrankung. Er ist nicht gefährlich für den Organismus, wenn man ihn alsbald nach seinem Erscheinen und zu einem Zeitpunkte, von dem man logischerweise annehmen kann, dass sich bis zum Eintreten desselben die Absorption noch nicht vollzogen hat, zerstört.“ Ricord behauptete: Der „Schanker“ ist bei seinem Entstehen eine locale Erkrankung. Selbst wenn er ein inficirender ist, beschränkt sich sein Einfluss anfangs auf die Gegend, wo er sitzt. Die Allgemeininfection erfolgt nicht unvermittelt und in kurzer Zeit. Sie ist vielmehr ein Folgezustand der Entwicklung des „Schankers“ und braucht ihrerseits zur Entwicklung eine gewisse (längere) Zeit. Wenn man einen „Schanker“, der im Begriffe ist, sich zu induriren, zerstört, so heisst das so viel, als die Quelle einer constitutionellen Infection verstopfen Ricord fügt noch hinzu: „Von allen Schankern, welche ich in den ersten 3—4 Tagen der Ansteckung selbst cauterisirt habe oder cauterisiren sah, war **keiner** von constitutionellen Symptomen gefolgt.“

Diese Lehre wäre sehr trostreich, wenn sie wahr wäre, aber sie ist vollständig widerlegt durch die Erfahrung. Sie stützte sich auf Analogie und auf klinische Thatsachen, doch die Analogie war falsch und die klinischen Thatsachen wurden falsch gedeutet.

Man hat nämlich die Syphilis mit der Hundswuth verglichen und hat gesagt: Cauterisirt man baldmöglichst die Bisswunde, welche ein toller Hund gesetzt hat, so gelingt es den Ausbruch der Wuth hintanzuhalten, ebenso wird man den Ausbruch der Syphilis hintanzuhalten, wenn man den „Schanker“ sobald als möglich, nachdem er sich zu entwickeln begann, cauterisirt. Das ist aber nicht richtig; denn der „Schanker“ ist nicht dem Bisse gleichzustellen. Der „Schanker“ ist vielmehr das erste Symptom der bereits ausgebrochenen Syphilis, und wenn man schon eine Analogie aufstellen will, gleich dem ersten der Symptome der Hundswuth, und so wenig es nützen würde, bei dem Ausbruche desselben (jenes ersten Symptomes) die Bisswunde zu cauterisiren, damit weitere Symptome der Lyssa nicht zum Vorschein kommen, so wenig Sinn hat es, den „Schanker“ zu cauterisiren, um die weitere Entwicklung der Syphilis hintanzuhalten.

Das Analogon des Hundebisses ist (in unserem Falle) der Coitus. Sowie, während der Mensch gebissen wird, das Wuthgift übertragen

wird, so kann beim Coitus das Syphilisgift übertragen werden. Man müsste also, um von der Cauterisation den gewünschten Effect beanspruchen zu dürfen, unmittelbar nach dem Coitus ätzen (so wie man unmittelbar nach dem Bisse cauterisiren soll). Allein was soll man da cauterisiren? Den „Schanker“? Man wird ihn nicht finden, denn dieser entwickelt sich ja erst mehrere Tage oder Wochen nach dem inficirenden Coitus, wie an einer früheren Stelle ausführlich dargethan wurde.

Die Berücksichtigung dieses letzteren Umstandes ist auch wichtig, denn er beweist, dass die klinischen Facten, welche man als die Stützen der oben citirten Irrlehre benützte, falsch gedeutet wurden. Jedes Geschwür, welches man, wenn auch im ersten Stadium der Entwicklung 3—4 Tage nach dem Coitus vorfand, war kein „Schanker“. Es war ein weicher Schanker, war ein Substanzverlust, der von einem Herpes, von einer Erosion, aus irgend einer anderen Ursache stammte. Aber es war kein „Schanker“ (= Primäraffect der Syphilis). Das konnte er nach den früher mitgetheilten, mit den klinischen Erfahrungen übereinstimmenden Ergebnissen der Experimente nicht sein. Und wenn man geglaubt hat, einen solchen Affect in seiner Entstehung cauterisirt zu haben, worauf hat man denn die Diagnose, dass er es wirklich war, basirt? Hat man durch Confrontation sich die Gewissheit verschafft, es entstamme der cauterisirte Substanzverlust dem Coitus mit einem syphilitischen Individuum? Nein. Und ist es überhaupt möglich das Initialsymptom der Syphilis in seiner Entstehung zu diagnosticiren zu einer Zeit, in der es einer harmlosen Erosion so ähnlich ist, wie ein Ei dem anderen? Es scheint vielmehr der Fall zu sein, dass, während man glaubte, einen „Schanker“ in seiner Entstehung zu cauterisiren, man alles Andere cauterisirt hat, nur keinen „Schanker“, keinen Primäraffect der Syphilis. Andererseits haben viele Schüler, nach dem Vorbilde des Meisters, Substanzverluste, die vielleicht „Schanker“ in der Entstehung waren, am 4. Tage des Bestandes und noch früher energisch cauterisirt, vollkommen zerstört, aber die Syphilis entwickelte sich gerade so, als ob nichts geschehen wäre. Ja, die Cauterisation bis zur completen Zerstörung des Geschwüres ausgeführt, hat nicht einmal den Effect, die Entwicklung der Induration hintanzuhalten, indem dieselbe sich unter der Narbe des durch die Aetzung gesetzten Substanzverlustes ebenso etablirt, wie sie sich wahrscheinlich unter dem ursprünglichen Geschwüre entwickelt hätte. Die Cauterisation behufs der Abortivbehandlung des „Schankers“ ist für die weitere Entwicklung der Syphilis vollkommen

gleichgiltig. (Ueber den Werth der Cauterisation als Abortivtractamen haben andere ausser den citirten und namentlich deutsche Autoren entgegengesetzte Ansicht, fixiren aber, je nach individueller Erfahrung, und Anschauung verschieden lange Zeiträume, innerhalb welcher die erwähnte Prohibitivmassregel sich als solche bewährt).

§ 22. Es wirft sich nun die Frage auf: hat die energische Cauterisation zur Vernichtung des bereits einmal entwickelten „Schankers“ einen Werth? Antwort: Nein. Da der „Schanker“ an und für sich (ohne Rücksicht auf seine Folgezustände) zu bedeutungslos ist, thut man besser, sich eines energischen und sonst nebenher für den Kranken nicht gleichgiltigen Verfahrens zu enthalten. Im Gegentheile, die einfachste Behandlung wird die beste sein. Je weniger man durch schlecht gewählte, durch übelangebrachte Cauterisationen irritirt, desto rascher tritt Heilung ein. Aber ärztlich überwacht und einer sorgfältigen Hygiene unterworfen muss der mit einer solchen Erkrankung Behaftete immerhin werden.

Die Hygiene erheischt:

1. Geschlechtliche Enthaltsamkeit im Interesse des Kranken und im Interesse Anderer. Die anscheinende Geringfügigkeit und Schmerzlosigkeit des „Schankers“ machen die Patienten in diesem Punkte sorglos, und der Arzt muss deshalb auf die Gefahr, welche der Nichtbeachtung der gebotenen Enthaltsamkeit entspringt, nachdrücklich aufmerksam machen.

2. Muss aus der Diät (Speisen und Getränken) alles Excitirende entfernt werden, z. B. starke Alcoholica, überhaupt excessiver Genuss von Alcoholicis, Branntwein, Café etc. (Andere erlauben mässigen Genuss von Alcoholicis, Café etc., und ordnen ihn bei Anämischen, Herabgekommenen geradezu an).

3. Obwohl man stricte Ruhe nicht anzurathen braucht — ein Rath, der nebenbei bemerkt, auch nicht beachtet werden würde — sollen andererseits forcirte Bewegungen, Nachtwachen, Tanz und Beschwerden überhaupt gemieden werden.

Oertlich ist dann die minutiöseste Reinlichkeit angezeigt; häufig wiederholte Waschungen blos mit Wasser, besonders, wenn der „Schanker“ oft wiederkehrenden Verunreinigungen mit Urin oder Faecalmassen ausgesetzt ist; — örtliche Bäder, — allgemeine laue Bäder jeden 3., 4. Tag, namentlich wenn Neigung zur Entzündung der Nachbargewebe vorhanden ist.

Ferner wird, um den Contact und die Reibung mit Nachbarpartien hintanzuhalten, ein einfacher Verband von trockener Charpie, welche durch eine T-Binde oder eine Serviette festgehalten wird, applicirt.

Nur um der Sucht des Publicums nach Medicamenten zu entsprechen, kann man die mit Wasser verdünnte Solutio Labarraque zu Waschungen anwenden. Sie besteht aus unterchlorigsaurem Natron neben Chlornatrium und enthält bisweilen auch doppelt-kohlensaures Natron; man verwende für den in Rede stehenden Zweck 1 Drachme auf ein Pfund Wasser. Diesen Waschungen folgt dann ein Verband mit einem isolirenden Pulver, z. B. mit Oxydum Zinci, welches man mittelst Watta oder Charpie auf der Geschwürsfläche festzuhalten sucht.

Oder man macht Gebrauch von irgend einer alcoholisirten aqua aromatica im Vereine mit einem decoctum foliorum nucis juglandis oder einem Decocte der Essigrose (*Rosa gallica*). Auch kann man mit Wasser verdünntem aromatischen Wein benützen, mit einem beliebigen, siccativen aber sonst indiffirentem Agens gemengt.

Wenn der „Schanker“ leicht schmerzhaft ist, dann empfiehlt man ziemlich viel Ruhe — wiederholte Bäder — Waschungen mit Eibischthee, mit aqua lactucae mit einer Zuthat von Opium — Verbände mit einem Fett, z. B. eine Kalomelsalbe oder ein Cerat mit Laudanum. Die Fette, welche (nach der Ansicht Fournier's) dem weichen Schanker schädlich sind, sind beim syphilitischen, besonders bei Neigung zur Entzündung, am Platze.

Man hat auch noch viele andere Verbände vorgeschlagen, als: Verbände mit einer Lösung von Nitras argenti, — von ferrum tartaricum — von Zinc-Chlorür — von Phenilsäure — von verdünnter Jodtinctur — von Sublimat — von Jodoform, etc. etc., die bei der Tendenz zu heilen, welche der „Schanker“ von Haus aus hat, alle sehr erfolgreich sind. Bei dieser Fülle findet man sich leicht in Verlegenheit bezüglich der Wahl der Mittel. Man wähle aber immer solche, welche nicht reizen, und wenn dergleichen die Kranken vielleicht auf den Rath irgend eines Laien anwenden, beseitige man sie so rasch als möglich. Mittel letzterer Art sind: Alaunpulver, sulfas cupri, lapis divinus, ferrum sesquichloretum, Tabakasche, Urin, etc. etc.

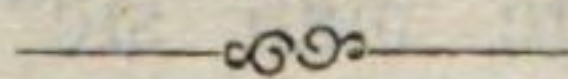
Ferner unterlasse man unzeitgemässe Cauterisationen, welche nutzlos reizen und bisweilen entzünden. Es wird überhaupt viel Mißbrauch mit der Anwendung des Lapisstiftes bei Behandlung des

„Schankers“ getrieben. Das Nitras argenti en crayon passt (nach Fournier's Dafürhalten) nur in folgenden zwei Fällen:

1) wenn der „Schanker“ sich nicht reinigen will, wenn der Grund hartnäckig speckig bleibt, cauterisire man von Zeit zu Zeit, beiläufig alle 5 Tage oder in noch längeren Zwischenräumen und überwache den Erfolg (andere Autoren cauterisiren nach kürzeren Pausen);
2) desgleichen, wenn der „Schanker“ sich zu überhäuten zögert oder wenn die Granulationen zu stark wuchern und die Narbenbildung beeinträchtigen.

Ausser diesen zwei Fällen sind die Cauterisationen im Allgemeinen nutzlos, häufig gar schädlich; zu oft wiederholt reizen sie, unterhalten eine ungünstige, örtliche Reaction, verhärten und entzünden den „Schanker“.

Zum Schlusse sei noch der Induration erwähnt, welche zuweilen in auffallender Form und Grösse den syphilitischen Initialaffect oft lange Zeit, Wochen und Monate, überdauert. Gibt es ein Mittel, diese Dauer abzukürzen? Nein. Ist es angezeigt, die Induration vielleicht auf Wunsch des Kranken, wenn sie sich an einem vorspringenden Theile findet, durch einen chirurgischen Eingriff zu beseitigen? Nein; denn 1. ist ein solcher Eingriff nicht immer gleichgiltig; 2. bleibt nach demselben ganz gewiss eine Narbe, kurz irgend ein Kennzeichen, zurück, was mitunter den Patienten nicht angenehm ist; 3. kann es sehr leicht geschehen, dass unter der Schnittfläche nach der Excision der Induration eine neue, noch viel grössere, noch viel umfänglichere sich bildet; 4. schwindet die Induration von selbst ohne ärztliches Eingreifen nach mehreren Wochen oder Monaten. Ihr längeres oder kürzeres Bestehen hat auf die Sachlage gar keinen Einfluss, so dass von diesem Gesichtspunkte aus keine andere Therapie gegen sie einzuleiten geboten ist, als die expectative.



II. CAPITEL.

Der syphilitische Bubo.

§ 23. Neben dem „Schanker“ tritt als Folge des Eindringens des syphilitischen Giftes in den Organismus mit Naturnothwendigkeit noch eine Erscheinung auf: der Bubo, d. i. eine später (§ 25) zu characterisirende Lymphdrüsenerkrankung. Ricord sagt: der Bubo folgt dem „Schanker“ wie der Schatten dem Körper. Er tritt also immer neben und nach dem syphilitischen Initialaffecte auf und fehlt nur in Fällen, die Ausnahmen darstellen, welche die Regel nur mehr bestätigen. Ja es gibt in der That nur wenige Symptome in der Pathologie, die so constant in ihrer Erscheinung sind, als eben jener Bubo. Und wo sitzt er? Genau dort, wo die Lymphdrüsen sich befinden, zu denen die Lymphgefässe der vom Primärsymptome afficirten Gegend hinziehen, welche also im anatomischen Zusammenhange mit dem Orte stehen, gewissermassen Anrainer der Gegend sind, wo der „Schanker“ sich befindet.

Folgende Tabelle gibt eine Uebersicht, welche Lymphdrüsen in Anbetracht der verschiedenen Gegenden, die Sitz des „Schankers“ sein können, im gegebenen Falle afficirt sein müssen und sie zeigt andererseits, wo ein „Schanker“ sitzen muss, also zu suchen ist, sobald man irgend eine erkrankte Lymphdrüse als syphilitischen Bubo erkennt.

Sitz des „Schankers“.

Zugehörige erkrankte
Lymphdrüse.

„Schanker“ der Geschlechtssphäre d. i. der äusseren Genitalien.	} Die Inguinaldrüsen.
--	-----------------------

Sitz des „Schankers“.

Zugehörige erkrankte
Lymphdrüse.

„Schanker“ um die Geschlechts- sphäre (d. i. des Perinaeum, der regio genito cruralis, des mons veneris, der Nates, der Schenkel etc. etc.)	} Die Inguinaldrüsen.
„Schanker“ des Afters und des Afterrandes.	} Die Inguinaldrüsen.
„Schanker“ der Lippen und des Kinnes.	} Die Submaxillardrüsen.
„Schanker“ der Zunge.	} Die Unter-Zungenbeindrüse.
„Schanker“ der Augenlider	} Die vor der Ohrmuschel gelegene Drüse.
„Schanker“ der Finger.	} Die Cubital- und Achseldrüsen.
„Schanker“ am Arme.	} Die Achseldrüsen.
„Schanker“ der Brustdrüse.	} Die Achseldrüsen, bisweilen die vor der Axillarlinie unter dem Rande des pectoralis major gelegenen Drüsen.
„Schanker“ am Collum uteri.	} Die Lymphdrüsen in der Becken- höhle (nach theoretischer Annahme) u. ausnahmsweise die Inguinaldrüsen.

Die Lymphdrüsen in der Beckenhöhle können natürlich im Lebenden nicht Gegenstand der Untersuchung sein; man kann deshalb nur die Vermuthung aufstellen, dass sie als die mit dem Collum uteri im anatomischen Zusammenhange stehenden bei einem an der Vaginalportion sitzenden „Schanker“ afficirt sein mögen. Und die in seltenen Fällen neben einem solchen Initialaffect beobachteten syphilitischen Schwellungen der Leistendrüsen erklären sich durch Anastomose mit den erkrankten Drüsen der Beckenhöhle.

Es fragt sich weiter: Um welche Zeit tritt dieses sympto-
matische Bubo auf? Bisweilen in den letzten Tagen der ersten
Woche, öfter aber im Verlaufe der 2. Woche nachdem das Primär-
symptom manifest wurde. Möglich, ja sogar höchst wahrscheinlich, dass
der Bubo schon früher existirt, aber wahrnehmbar ist er erst um diese
Zeit. Und bis jetzt fehlt es an necroscopischen Daten, die jener Zeit,

kurz nach dem Auftreten des „Schankers“, entstammen. Man weiss andererseits wohl, dass die Entwicklung des syphilitischen Bubo im Allgemeinen, als eine sehr langsame zu bezeichnen ist, allein die in Bezug darauf gesammelten Daten sind zu schwankend, als dass sich aus denselben ein sicherer Rückschluss auf den Zeitpunkt, in welchem er sich zu entwickeln beginnt, ziehen liesse. So viel ist ausgemacht: der syphilitische Bubo ist sehr bald nach dem Auftreten des „Schankers“ wahrnehmbar.

§ 24. Während man nun a priori erwarten sollte, der syphilitische Bubo werde als die Einleitung einer so ernsten, schweren Erkrankung selbst ein derartiges Symptom sein, lehrt die Erfahrung im Gegentheile, dass er in der Regel von allen Adenopathien die leichteste ist, so dass die Kranken sich dieser Drüsenerkrankung bisweilen gar nicht bewusst sind und wenn sie sich derselben bewusst sind, sie wegen des schmerzlosen, an (dem Laien) sinnfälligen Veränderungen armen Verlaufes, von den Patienten nicht sehr beachtet werden.

§ 25. Mit wenig Worten ist der symptomatische Bubo des inficirenden „Schankers“ so zu charakterisiren: Eine bohnen- bis halbe nussgrosse, schmerzlose, ohne Entzündungsercheinungen verlaufende Drüsenanschwellung, oft hart, meist mehrere Drüsen umfassend, welche langsam verläuft und spontan sich zurückbildet.

Schon was den Umfang betrifft, findet man einen auffallenden Unterschied zwischen der in Rede stehenden und jeder anderen Drüsenerkrankung.

Die einfache genuine Adenitis in inguine besitzt Mandelgrösse und so fort bis zur Grösse einer Citrone; von gleichem Umfange ist die Adenitis beim weichen Schanker. Auch der Bubo bei Krebs ist wohl verschieden gross, aber meist viel grösser, als der syphilitische Bubo gewöhnlich zu sein pflegt. Der strumöse Bubo erreicht ungeheure Dimensionen. Also die Kleinheit oder überhaupt der geringe Umfang einer Leistendrüsenschwellung wird den Untersucher aufmerksam machen, ob nicht Syphilis das veranlassende Moment derselben sei.

Als ein zweites wichtiges, kennzeichnendes Symptom ist die Schmerzlosigkeit, man kann sagen Unempfindlichkeit, des afficirten Organes, besonders zu beachten. Der syphilitische Bubo entsteht, entwickelt sich und vergeht ohne Schmerz, ist spontan nicht schmerzhaft, genirt nicht beim Gehen und ist unempfindlich gegen Druck.

Das gerade Gegentheil von dem Gesagten bemerkt man bei der entzündlichen Adenitis und bei jener welche dem weichen Schanker folgt, wodurch diese letztere, auf deren Charakterisirung es hier am meisten ankommt, sich eclatant von der syphilitischen Leistendrüsenerkrankung unterscheidet.

Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass ein pathognomisches, ein nur dem syphilitischen Bubo zukommendes Symptom, die Indolenz nicht ist, denn wir bemerken sie auch bei Leistendrüsenschwellungen in Folge von Cancroid, Cancer, selbst in Folge von Scrofulose (während einer gewissen Periode der Krankheit).

Die Schmerzlosigkeit deutet aber schon darauf hin, dass wir auch andere entzündliche Erscheinungen, erhöhte Temperatur, Röthe, Ergriffenwerden der Nachbargewebe (welche vor allem die Adenitis nach weichem Schanker charakterisiren) hier nicht zu erwarten haben werden. Demgemäss ist die angeschwellte Drüse von keinem Entzündungswalle, den die benachbarten veränderten Gewebe bilden, umgeben. Die Drüse verschmilzt weder mit diesen Geweben, noch mit dem die erkrankte Partie bedeckenden Theile des integumentum commune und schliesslich, wenn nach und nach mehrere Drüsen in den Process hineingezogen werden, so bleiben sie alle isolirt, wie die Perlen eines Rosenkranzes. Von allen dem findet wieder beim Bubo nach weichem Schanker genau das Gegentheil statt.

Es gibt aber noch zwei andere, weniger hervorstechende Eigenschaften beim syphilitischen Bubo.

1. Eine eigenthümliche Härte, welche jener der Induration entspricht, so dass sich Ricord zu dem Ausspruche veranlasst sah: man könne glauben, die Induration des „Schankers“ sei auf die Drüse übertragen worden. Doch ist diese Härte nicht immer so deutlich ausgesprochen, als es nothwendig wäre, um sie als diagnostisches Merkmal verwenden zu können. Ihr Vorhandensein wird die Diagnose bekräftigen, ihr Fehlen aber wird, wenn nur die anderen Erscheinungen für einen syphilitischen Bubo sprechen, die Diagnose nicht umstossen.

2. Der syphilitische Bubo ist polyganglionär, d. h. man findet in Folge des infectiösen „Schankers“ nicht blos eine Drüse, sondern mehrere, häufig eine ganze Gruppe erkrankt. Diese Eigenschaft kann natürlich nur dort hervortreten, wo von Haus aus viele Drüsen vorkommen, z. B. in inguine. Ricord hat zur Bezeichnung des Befundes vieler, neben einander liegender, in der geschilderten Weise er-

krankter Drüsen den Namen Plejade eingeführt. Die einzelnen Drüsen, welche eine solche Plejade zusammensetzen, sind an Grösse einander nicht gleich, und eine ragt gewöhnlich vor allen anderen an Grösse hervor. Man nennt sie nach Ricord's Vorgang das anatomische Ganglion (den Kern) der Plejade und nimmt hypothetisch an, dass sie durch Lymphgefässe im directen anatomischen Zusammenhange mit dem Sitze des „Schankers“ stehe, indess die anderen nur durch jene in Mitleidenschaft gezogen werden. Alle diese einzelnen Drüsen bieten jene charakteristischen Merkmale, welche bisher für den syphilitischen Bubo erörtert wurden. Sie sind isolirt, man kann jede einzelne umgreifen, man kann sie zählen, unter der Haut verschieben; denn, wie oben gesagt, sie verschmelzen bei ihrer Vergrösserung weder mit dem benachbarten Bindegewebe, noch mit der über ihnen gelagerten Haut.

Die Plejade kommt begreiflicherweise gewöhnlich nur in inguine vor. Denn 1. sind die meisten „Schanker,“ welche überhaupt beobachtet werden, so gelegen, dass sie durch Lymphgefässe mit der Leiste zusammenhängen; 2. ist die Leistengegend am reichsten mit Lymphdrüsen ausgestattet.

Es sind aber nicht blos die dem Sitze des „Schankers“ anatomisch benachbarten Lymphdrüsen, welche bald nach dem Beginne des Leidens erkranken, wie man gewöhnlich glaubt, sondern noch auf weitere Strecken finden sich die Drüsen in Mitleidenschaft gezogen, z. B. die *glandulae iliacae* bei Leistenbubonen, wie anatomische Präparate erweisen. Es kommt dann auch in diesen, von dem eigentlichen syphilitischen Primäraffecte entlegeneren Gegenden zur Bildung von Plejaden mit all' den Eigenschaften, welche eben von diesem pathologischen Producte angegeben wurden. Für die Praxis haben solche entlegeneren, der Untersuchung unzugängliche Plejaden nicht viel zu bedeuten. Und selbst wenn sie der Untersuchung zugänglich wären, so würden sie für die Diagnose nicht von Interesse sein, weil das Wesen der Krankheit beim Vorhandensein jener Veränderungen in den Drüsen längst schon durch andere wahrnehmbare Symptome gekennzeichnet ist. Aber für die Theorie sind sie von äusserster Wichtigkeit. Sie zeigen, welchen Einfluss das syphilitische Gift auf das Lymphsystem hat und vielleicht auch welchen Weg das Virus bei seinem Eindringen in und bei seiner Wanderung durch den Organismus nimmt. Ob noch andere, z. B. bei *Adenitis inguinalis syphilitica* ausser den *glandulae iliacae* auch die Lumbaldrüsen, afficirt sind, ist vorläufig noch unbekannt. Aber aus dem Vorhergehenden ist der Schluss gestattet, dass,

wenn bei dem Sitze eines „Schankers“ am Collum uteri eine Plejade in inguine sich findet, die Iliacalganglien gleichfalls und zwar früher afficirt sind, und die Drüsenerkrankung in inguine durch eine Fortbewegung des Virus (gewissermassen stromabwärts) zu erklären ist.

Die Plejade, besonders wenn sie deutlich ausgeprägt ist, muss als eines der wichtigsten Symptome für die Diagnose des syphilitischen Bubo betrachtet werden, denn sie findet sich, wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, weder bei der einfachen, gewöhnlichen entzündlichen Adenitis, noch bei der Drüsenentzündung, welche dem weichen Schanker folgt, bei der fast immer nur eine Drüse sich ergriffen zeigt, noch bei dem strumösen Bubo, bei dem allerdings mehrere benachbarte Drüsen gleichzeitig erkrankt, aber in eine Masse verschmolzen sind.

Man wird deshalb immer, um den Werth eines Geschwüres an den Genitalien und deren Umgebung zu taxiren, die Leistengegend untersuchen müssen, und findet man daselbst eine Plejade, welche nicht etwa aus einer Zeit vor der Entstehung jenes Geschwüres datirt, dann ist die Diagnose, dass man es mit einem syphilitischen Initialsymptome zu thun habe, schon gesichert.

§ 26. Welches ist nun der weitere Verlauf einer solchen Drüsenerkrankung? Die von ihr veranlasste Anschwellung besteht lange und fortwährend in gleicher äusserer Erscheinung; dann resorbirt sich die Intumescenz allmähig und spontan bis zu einem Grade, bei welchem sie nicht mehr tastbar ist. Man findet demgemäss den syphilitischen Bubo regelmässig noch, wenn der „Schanker“ schon geschwunden ist und wenn die ersten Spuren der Allgemeinerkrankung an der Haut sich zeigen. Denn vom Beginne einer solchen Drüsenerkrankung bis zum Ende der Resorption des Tumor vergehen 2—6 Monate und darüber. Diese Art des Verlaufes ist gleichfalls dem syphilitischen Bubo eigenthümlich, namentlich gegenüber der einfachen Adenitis und jener nach weichem Schanker, welche beide verhältnismässig rasch ablaufen. Es fehlt somit während des ganzen Processes, den eine in einen syphilitischen Bubo umgewandelte Lymphdrüse durchmacht, jedes entzündliche Symptom, folglich wird auch der Ausgang in Abscess bei demselben fast nie vorkommen.

Frei von jeder ihm fremden Einwirkung, d. h. durch äussere Reize nicht irritirt oder von einer anderen Diathese nicht beeinflusst, wird der syphilitische Bubo niemals eitern. Den besten Beweis für das Gesagte liefern die Impfungsexperimente. Nirgends ist etwas von der

Eiterung eines Bubo, der nach einem „Impfschanker“ entstanden ist, erwähnt. Und die klinischen Facten lehren, dass dieses Vorkommnis zwar möglich, aber eine Ausnahme von der Regel sei, so dass man sagen kann: Wenn eine Adenitis inguinalis den Ausgang in Eiterung nimmt, hat es in 97 unter 100 Fällen das Beste für die Zukunft des Kranken zu bedeuten, denn die Affection, von der er befallen ist, ist dann häufig keine syphilitische. Heisst es also in der Anamnese eines Kranken, derselbe habe vor so und so langer Zeit eine eiternde Adenitis gehabt, dann ist aus dieser Angabe nicht der Schluss zu ziehen, der Patient sei von Syphilis befallen gewesen; im Gegentheile die Wahrscheinlichkeit ist sehr gross, jenes Geschwür, welches die Veranlassung der angegebenen Leistendrüseneentzündung war, sei ein weicher Schanker gewesen.

Doch gibt es Fälle — es sei hier wiederholt — in denen auch der Bubo eines Syphilitischen eitert. Allerdings sind dies Ausnahmefälle, aber sie kommen vor. Es kann ja Complicationen der syphilitischen Lymphdrüsenerkrankung geben, die zur Eiterung führen, in welche die intumescirte Drüse hineingezogen wird. Dann gibt es äussere Einflüsse: Märsche, Fatiguen, Tanz, reizende Verbände, unzeitgemässe Cauterisationen der den Bubo veranlassenden Geschwüre etc., welche Ursache der Eiterung auch einer syphilitisch erkrankten Drüse sein können. Ferner kann der Körper unter dem Einflusse einer Diathese stehen, welche die an und für sich syphilitisch erkrankte Drüse in eine strumöse umwandelt, wie es z. B. bei scrofulösen, lymphatischen Individuen der Fall ist. Dann gibt es Personen, bei denen jede Verletzung, jede Exsudation zur Eiterung führt, und wir wissen nicht, ob solche Individuen, wenn sie noch obendrein von Syphilis befallen werden, nicht noch mehr zur Eiterung — also auch des syphilitischen Bubo — disponirt werden. Und wenn er eitert, so bildet er einen Abscess, der sich öffnet (oder geöffnet wird), sich entleert und verhältnismässig rasch schliesst. Das ist eine sehr wichtige Eigenthümlichkeit des syphilitischen Bubo. Niemals eitert er nach Art anderer Bubonen, welche, nachdem der Eiter sich ansammelte und entleerte, zu einem grossen Geschwüre werden, sich grubig vertiefen, impfbares Secret liefern, endlich Hohlgänge bilden, mit der Tendenz lange zu bestehen und die Gewebe in weitem Umfange zu zerstören. Der syphilitische Bubo hingegen liefert einen Eiter, welcher an dem von der besprochenen Krankheit befallenen Individuum nicht einimpfbar ist (wie experimentell nachgewiesen

wurde). Ricord hat sogar behauptet, dass dieser Eiter nicht das Vehikel des Contagiums sei. Allein der Hauptbeweis für letzteren Ausspruch, Einimpfung dieses Secretes auf einen Gesunden, ist noch nicht hergestellt. Wiewohl a priori anzunehmen ist, dass dieser Eiter, geliefert von einer einfachen Entzündung, oder durch strumöse Entartung der Drüse, ein solcher sei, der jeder Specificität entbehre; hat doch der Umstand, dass er von einem Inficirten stammt, dass er, wenn auch nicht in Folge, so doch anlässlich eines „Schankers“ erzeugt wurde, das Experiment, welches eben jenen Beweis herstellen würde, als zu gefährlich erscheinen lassen.

§ 27. Der syphilitische Bubo hat ferner im Gegensatze zu dem Bubo des weichen Schankers, nach seiner Eröffnung, wie gesagt, nicht die Tendenz sich auszubreiten, Hohlgänge zu bilden oder gar in einen „Schanker“ sich umzuwandeln. Der schankkröse Bubo wird nur neben dem weichen Schanker beobachtet und ist, wenn vorhanden, ein schwer wiegendes Symptom dieses letzteren. Er stellt dann ein schankkröses Geschwür in inguine z. B. dar, ausgedehnt, grubig, klaffend, sich strahlenförmig in den Nachbarpartien ausbreitend, von ungünstigem, bedrohlichem Aussehen, bisweilen sogar phagedänisch. Niemals bemerkt man, dass der eröffnete syphilitische Bubo in einen Zustand überginge, auf welchen diese Schilderung passen würde. So hat jede von diesen zwei, einander so nahestehenden Erkrankungen: der weiche Schanker und der syphilitische Primäraffect, ihren eigenartig beschaffenen und verlaufenden und dadurch als diagnostisches Merkmal verwerthbaren Bubo.

§ 28. Es gibt beim syphilitischen Bubo, gleich wie beim „Schanker“, Verschiedenheiten untergeordneter Art, welche auf dieselbe Weise, wie es oben von letzterem auseinandergesetzt wurde, entstehen und deren Besprechung nun an die Reihe kommt.

I. Verschiedenheiten der Grösse. Man findet syphilitische Bubonen, die ganz klein sind (besonders bei Weibern kommen solche vor) und im Gegensatze dazu gibt es wieder grosse, von Hühnerei-Grösse und darüber, auch noch grössere (aber da dürfte wohl die Complication mit Entzündung oder strumöse Entartung eine Rolle spielen). Es sei hier auch erwähnt, dass durchaus keine Wechselbeziehung zwischen der Grösse des „Schankers“ und jener des zugehörigen Bubo besteht.

II. Syphilitische Bubonen, bei denen die Eigenschaft der Indolenz fehlt und überhaupt inflammatorische Erscheinungen auf-

treten. Es ist nicht selten, und auch schon darauf hingewiesen worden, dass der syphilitische Bubo leicht schmerzhaft wird und den Charakter der einfachen Adenitis anzunehmen strebt, wenn er irritirenden Einflüssen ausgesetzt ist. Dergleichen sind ausser den oben aufgezählten (Märsche etc.) noch die Vulvitis, Urethritis, Intertrigo u. s. w. Aber dieser (entzündliche) Zustand ist meist unbedeutend und rasch vorübergehend, und schwindet in einigen Tagen unter ganz einfacher Behandlung (Ruhe, wiederholte Bäder, Cataplasmen, methodische Verbände, Hygiene, etc.) Ja noch mehr. Es kommt manchmal zur Eiterbildung, oft zu einer, durch Fluctuation in ziemlichem Umfange nachweisbaren, also copiösen Eiterbildung, und doch tritt kein spontaner Durchbruch ein, sondern das Liquidum resorbirt sich, und Alles kehrt wieder zur Norm zurück.

III. Syphilitische Bubonen, die nicht polyganglionär sind. Sie kommen nicht nur in drüsenarmen Gegenden vor, sondern auch in solchen, die reich an Lymphdrüsen sind, z. B. in inguine.

IV. Syphilitische Bubonen, bei denen die einzelnen einander benachbarten Drüsen nicht isolirt sind, sondern mit einander verschmelzen. Sie stellen dann einen einzigen, aber nicht einfachen, mehr oder weniger voluminösen Tumor vor, in der Leiste z. B. eine auffällig vorspringende, kugelige, eiförmige Geschwulst, deren grosse Achse dem Schenkelbuge parallel ist. Bassereau hat mehrere derselben anatomisch untersucht und gefunden, dass sie aus einzelnen Drüsen bestehen, welche in ein dickes Bindegewebslager eingebettet sind, die untereinander durch verdickte Lymphgefässe zusammenhängen.

V. Syphilitische Bubonen, die strumös entartet sind. Sie finden sich vorzugsweise bei ausgesprochener Scrofulose, aber auch bei jungen Weibern von zarter, schwächlicher Constitution, welche Neigung zur Scrofulose haben. Die einzelnen Drüsen, welche ursprünglich mit den Charakteren des syphilitischen Bubo auftreten, nehmen in solchen Fällen an Umfang zu, verschmelzen in eine Masse unter einander und mit dem benachbarten Bindegewebe und schliesslich auch mit der über ihnen gelagerten Haut, welche unbeweglich wird; die specifische Härte geht verloren und an ihre Stelle ist ein unbestimmter Zustand der Cohärenz getreten; später werden sie dann schlaff, schwammig, erweichen sich und eitern und verhalten sich ganz so, wie scrofulös entartete Drüsen. Man nennt sie auch deshalb syphilo-strumöse Bubonen, weil sie in der That der Syphilis ihre Entstehung, der Scrofulose Verlauf und Ausgang verdanken. Sie enden, wie gesagt, meist mit kalter,

chronischer Eiterung, die zu Fistelgängen führt, welche eine unerschöpfliche Quelle von Secret sind.

§ 29. Ausser den dem „Schanker“ benachbarten Lymphdrüsen erkranken auch die Lymphgefässe, welche von jenem zu diesen führen. Allein die Erkrankungen derselben sind nicht so constant nachweisbar, wie jene der Drüsen.

In der Geschlechtsgegend fühlt man zuweilen die geschwellten und indurirten Lymphgefässe. Sie zeigen sich unter der Haut als kleine strickähnliche Gebilde vom Umfange einer Rabenfeder, sind beweglich, unter dem Finger verschiebbar und so hart, wie die Induration eines „Schankers“, manchmal knotig und stellenweise rosenkranzförmig. Bisweilen findet man im Leistenbuge ganze Netze von solchen erkrankten Lymphsträngen. Mitunter vereinigen sich mehrere von diesen Strängen zu einem abgeplatteten 2—4 Millimeter breiten Bande. Sie sind nur bei genauer Betastung eruirbar und selten so dick, dass sie die Haut über sich hervorwölben. Solche Hervorwölbungen bemerkt man zuweilen am mons veneris als erbsengrosse, bohngrosse, äusserst harte Knoten, die in Folge ihrer Härte selbst in der dichten Fettschicht jener Gegend nachweisbar sind.

Die symptomatischen Lymphangioitides des inficirenden „Schankers“ sind ebenso wie die Bubonen desselben absolut unschmerzhaft und verlaufen auch meist ohne vom Kranken bemerkt zu werden. Sie haben keine Tendenz sich zu entzünden, resorbiren sich spontan nach einigen Wochen und geben nie Veranlassung zu irgend einer Complication, mit der seltenen Ausnahme, dass sie bisweilen ein mehr oder weniger hochgradiges Oedem der grossen oder kleinen Schamlippen, des Präputiums veranlassen.

§ 30. Aus dem bisher Gesagten erhellt somit, dass alle pathologischen Veränderungen, welche in der Nachbarschaft und anlässlich des „Schankers“ im lymphatischen Systeme auftreten, durch die Milde ihres Verlaufes und die Geneigtheit zur spontanen Resorption ausgezeichnet sind, was natürlich von Einfluss auf die Therapie der erwähnten Erkrankungen ist.

In dieser letzteren Beziehung muss auch hier bemerkt werden, dass ein expectatives Verfahren verbunden mit zweckmässiger Hygiene, fast immer zum Ziele führt. In 19 von 20 Fällen bedarf es gar nicht der Intervention des Arztes, denn, wie bereits gesagt, der syphilitische Bubo veranlasst keine Functionsstörung, hat keine Tendenz sich zu

entzünden oder sich zu compliciren, und resorbirt sich endlich von selbst innerhalb einer gewissen Zeit.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle hat man demgemäss folgende Verhaltensmassregeln zu beobachten: Man vermeide jede örtliche Therapie, man empfehle einfach dem Kranken sich keinen Beschwerden zu unterziehen, forcirte Märsche und Tänze, sowie jede Irritation, welche auf die Drüsenanschwellung einen Einfluss üben könnte, zu vermeiden. Auch darauf ist schon hingewiesen worden, dass bei einer leichten Geneigtheit des syphilitischen Bubo, sich zu entzünden, hygienische Massregeln: Ruhe, wiederholte Bäder, erweichende Cataplasmen am Platze sind. Nur wenn die Entzündung intensiver ist (was aber nur sehr selten vorkommt), muss man zu wirksameren, anti-phlogistischen Mitteln greifen und eine Behandlung wie bei der acuten Adenitis insceniren.

Wenn der syphilitische Bubo aber trotzdem sich erweicht und, was noch seltener ist, eitert, soll er wie ein Abscess geöffnet und entleert werden. Doch sei man mit diesem Eingriffe nicht zu rasch bei der Hand, denn wie schon hervorgehoben, kommt es auch in solchen Fällen zu spontaner Resorption, besonders wenn der Eiterherd klein ist. Fournier meint, dass ein Vesicator über dem Tumor die Resorption zuweilen begünstige.

Endlich wird die Umwandlung des syphilitischen Bubo in einen syphilo-strumösen therapeutische Massnahmen gegen die Scrofulose erheischen. Sie bestehen in der Anwendung von Jodmitteln, Leberthran, Eisenmitteln, Tonicis, Amaris, Salz- oder Schwefelbädern, Seebädern, kräftiger Nahrung, Aufenthalt auf dem Lande oder in einem klimatischen Curorte, etc.

§ 31. Vergleicht man das Auftreten und die Entwicklung des syphilitischen Bubo beim Manne mit jenem beim Weibe, so ergibt sich: 1. dass er bei letzterem öfter weniger deutlich ist, als bei ersterem und daher öfter unbemerkt bleibt. Es mag das wohl zunächst in der stärkeren Entwicklung des *paniculus adiposus* beim Weibe begründet sein; 2. kommt es beim Weibe selten zur Bildung so umfänglicher Tumoren, wie wir sie doch häufiger beim Manne sehen. Worin das liegt, ist unbekannt. (Vielleicht darin, dass, da diese Angaben meistens auf Leistendrüsenerkrankungen zurückzuführen sind, das männliche Geschlecht im Allgemeinen zu forcirterer Anstrengung der unteren Extremitäten veranlasst ist, welche nicht ohne Einfluss auf die Entwicklung auch des syphilitischen

Bubo bleibt.) 3. Ebenso soll (nach Fournier) die Resorption bei Weibern früher eintreten, als bei Männern. Der Grund hievon ist gleichfalls nicht bekannt, aber es ist interessant auf die Wahrnehmung hinzuweisen, dass die schankröse Induration bei Weibern gleichfalls früher schwindet, als bei Männern.

§ 32. So geringfügig auch der Einfluss des syphilitischen Bubo auf den Zustand des Kranken überhaupt ist, so war doch die genaue Betrachtung desselben dringend nothwendig, weil für die Erkenntnis dieses Zustandes kein anderes Symptom, auch den „Schanker“ (besonders bei Weibern) nicht ausgenommen, diese hohe semiologische Bedeutung besitzt. Denn wie aus dem früher Gesagten hervorgeht, ist:

1. Der „Schanker“ namentlich bei Weibern häufig nur sehr schwach ausgeprägt, um ein Urtheil zu gestatten. Der syphilitische Bubo aber ist, wenn auch noch so schwach ausgeprägt, doch immer, und zwar bei beiden Geschlechtern greifbar vorhanden; auf ihn muss sich dann die Diagnose stützen und Fälle, die nach der Beschaffenheit des Geschwüres dunkel blieben, werden durch ihn aufgeklärt.

2. Der „Schanker“ schwindet rasch, ohne Spuren zu hinterlassen, besonders beim Weibe. Der syphilitische Bubo ist länger dauernd, überdauert den Primäraffect und gibt hinterher Kunde, dass und wo ein Initialsymptom der Diathese vorhanden war. Er ermöglicht somit Diagnosen, welche ohne ihn nie gemacht werden würden; durch ihn wird das Urtheil des Arztes in den einschlägigen Fällen von den Angaben des Kranken unabhängig, es wird ein sicheres, ein wahres, ohne Rücksicht auf diese Mittheilungen, und oft trotz derselben.

3. Endlich geht der „Schanker“, besonders beim Weibe, auch für den Arzt zuweilen unbemerkt oder verkannt — selbst wenn dieser Gelegenheit hat, den ganzen Verlauf der Krankheit vom Beginne an zu beobachten — vorüber. Beim syphilitischen Bubo ist das doch nicht so leicht der Fall. An ihn kann sich deshalb der Arzt halten, um eine stattgefundene Infection auch in solchen Fällen mit Bestimmtheit nachzuweisen, die wegen des Ansteckungsmodus dunkel und ungewöhnlich sind. Beispiele liefern die „Schanker“ der Finger bei Hebammen etc., die „Schanker“ an der Mamma, welche vom syphilitischen Bubo in der Achselhöhle begleitet sind, der „Schanker“ im Gesichte, welcher die Submaxillardrüsenerkrankung bedingt, u. s. w. Häufig werden die Initialsymptome der Syphilis von den Kranken nicht erkannt, oder aus guten Gründen wegen des ungewöhnlichen Sitzes, der auf gesetzwidrige

Handlungen hindeuten würde, dissimulirt; aber wie gesagt, der syphilitische Bubo macht in solchen Fällen das Urtheil des Arztes von den Angaben des Kranken unabhängig. Mit einem Worte, der syphilitische Bubo bestätigt entweder die Diagnose, welche auf Grund eines anderen Symptomes gemacht wurde, oder er macht sie auch ganz allein, ohne jedes andere Symptom, den „Schanker“ nicht ausgenommen, möglich. Während der letztere nicht selten nur anzeigt, dass eine Contagion stattgefunden hat, lehrt der Bubo sofort, welcher Art diese Contagion war.

III. CAPITEL

Differentialdiagnose des „Schankers“

§ 33.

Es handelt sich nun darum, die Differentialdiagnose des „Schankers“ zu erörtern. In den ersten Tagen kann der „Schanker“, wie das eben wiederholt gesagt wurde, mit einer bedeutungslosen Eruption verwechselt werden. Er hat da kein charakteristisches Kennzeichen, wodurch er von einer ganz gewöhnlichen Eruption, von einer Anschwellung, von einer geröteten Fläche, von einer sehr beschränkten Abschuppung, die durch Kratz oder durch eine Abreibung veranlasst worden wäre, oder Aehnlichem unterscheidbar werden kann. Es ist nicht möglich, in dieser Zeit eine Diagnose zu machen. Man muss deshalb warten bis andere Symptome auftreten, welche dies ermöglichen. Später aber können einzelne Symptome des „Schankers“ fehlen, die bereits können gewisse Krankheitsformen dem syphilitischen Eruptionen sehr ähnlich und durch diese beiden Umstände die Diagnose erschweren. Es ist unendlich wichtig, die Wichtigkeit, welche eine richtige Diagnose schon wegen der Zukunft des Kranken und einer später zu erörternden Therapie hat, zu erörtern. Die meisten oder exulcerirende Form des „Schankers“ können einer einfachen, traumatischen oder inflammatorischen Eruption auch mit einem Herpes verwechselt werden. Die Verwechslung mit einer uncharakteristischen Eruption ist sehr häufig vor, und die Aehnlichkeit zwischen dieser und einer in den ersten Stadien der Entwicklung stehenden „Schanker“ ist sehr gross und deshalb zu vielen Täuschungen Veranlassung. Ein

III. CAPITEL.

Differentialdiagnose des „Schankers“.

§ 33. Es handelt sich nun darum, die Differentialdiagnose des „Schankers“ zu erörtern.

In den ersten Tagen kann der „Schanker“, wie das bereits wiederholt gesagt wurde, mit einer bedeutungslosen Erosion verwechselt werden. Er hat da kein charakteristisches Kennzeichen, wodurch er von einer ganz gewöhnlichen Verletzung, von einem Kratzeffecte, von einer Aufschürfung, von einem geringfügigen Trauma, von einer sehr beschränkten Abschuppung, die durch Zufall oder durch Entzündung veranlasst worden wäre, oder Aehnlichem unterschieden werden kann. Es ist nicht möglich, in dieser Zeit eine Diagnose zu machen. Man muss deshalb warten bis andere Symptome auftreten, welche dies ermöglichen. Später aber können einzelne Symptome des „Schankers“ fehlen; andererseits können gewisse Krankheitsformen dem syphilitischen Primäraffecte ähnlich und durch diese beiden Umstände die Diagnose desselben erschwert werden. Es ist unnöthig, die Wichtigkeit, welche eine richtige Diagnose schon wegen der Zukunft des Kranken und einer später einzuleitenden Therapie hat, zu erörtern.

Die erosive oder exulcerirende Form des „Schankers“ kann mit einer einfachen, traumatischen oder inflammatorischen Erosion — oder auch mit einem Herpes verwechselt werden.

Die Verwechslung mit einer unschuldigen Excoriation kommt sehr häufig vor, und die Aehnlichkeit zwischen dieser und einem in den ersten Stadien der Entwicklung stehenden „Schanker“ ist sehr gross und gibt deshalb zu vielen Täuschungen Veranlassung. Um diesem

auszuweichen, muss man der Induration und Adenopathie sein Hauptaugenmerk zuwenden. Die erstere wird bei keiner einfachen Erosion gefunden und ist sie vorhanden (und natürlich je deutlicher, um so sicherer) wird die Diagnose auf „Schanker“ lauten müssen. Die Adenopathie muss sich in der 1. oder 2. Woche des Bestehens des Primäraffectes vorfinden. Man muss sich deshalb immer bei der Feststellung der Diagnose eines Affectes von der Art des in Rede stehenden darum kümmern, wie alt derselbe sei, und nur wenn man mit Bestimmtheit weiss, dass er die 2. Woche überschritten hat und ein syphilitischer Bubo in inguine nicht vorhanden ist, kann man bei gleichzeitigem Fehlen der Induration behaupten, keinen syphilitischen Initialaffect vor sich zu haben.

Dabei ist aber in praxi noch auf ein sehr wichtiges Moment zu achten: ob nicht der vorliegende Substanzverlust schon Gegenstand einer Behandlung war (was in der Regel schon der Fall gewesen sein wird). Denn die unschuldigsten Erosionen bekommen eine harte Basis durch Alaun, Tanin, Alcohol, Cauterisationen mit Nitrargenti, salpetersaures Quecksilberoxydul, Tabakasche etc. und täuschen dann mit Indurationen behaftete Geschwüre vor. Man erinnere sich nur an jene Indurationen, welche nach Cauterisation der spitzen Warzen mit salpetersaurem Quecksilberoxydul zurückbleiben. Nimmt man auf das Gesagte keine Rücksicht, so verfällt man leicht in den Fehler, eine artificielle Induration für eine syphilitische zu halten.

Wenn aber die Induration eines mit den angegebenen Mitteln behandelten Affectes durch lange Zeit bestehen bleibt, wenn sie trotz einer antiphlogistischen Behandlung nach mehreren Tagen auch nicht schwindet, so hat man es doch mit einem inficirenden „Schanker“ zu thun.

§ 34. Die zweite Krankheitsform, mit welcher der erosive „Schanker“ verwechselt werden kann, ist der Herpes.

Selten wird man einen Herpes für einen „Schanker“ ansehen, aber das Umgekehrte geschieht oft. Das kommt einerseits daher, dass der Herpes in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle eine Erkrankung von unbedeutendem Exterieur ist, man also alle jene Affecte, welche ein solches unbedeutendes Exterieur haben, auch wenn sie „Schanker“ wären, für Herpes zu nehmen, geneigt ist; während man andererseits der Ansicht ist, ein syphilitischer Initialaffect müsse schon durch eine gewisse bedeutungsvolle Form seine Wichtigkeit bekunden, man also glaubt, bei einem Affecte, dem eine solche Form fehlt, nicht a priori an „Schanker“ denken zu müssen.

Der Herpes hat verschiedene Formen, welche zum Theile eigentlich Entwicklungsstadien einer und derselben Erkrankung sind. So gibt es einen vesiculösen Herpes, einen mit miliären Erosionen, welche durch das Platzen isolirter Blasen entstehen, einen confluirenden Herpes, der dann schon ziemlich umfängliche Substanzverluste darstellt; ferner gibt es einen exulcerirenden Herpes, welcher unter die Epidermis in die Cutis hinabreicht, einen langdauernden Herpes, der mehrerer Wochen zu seiner vollständigen Entwicklung bedarf; einen solitären, der einen einzigen ziemlich ausgedehnten Substanzverlust darstellt (seltene Form), endlich einen schankerförmigen Herpes, zwischen welchem und dem eigentlichen „Schanker“ nach Ricord's Aeusserung kein Unterschied besteht, der bei einer einmaligen Untersuchung constatirt werden könnte, sondern es bedarf behufs der Diagnose immer einer wiederholten Untersuchung. Alle diese Arten mit Ausnahme des vesiculösen und des miliäre Erosionen darstellenden Herpes können mit dem „Schanker“ verwechselt werden. Wie ist das zu vermeiden?

Es gibt mehrere Unterschiede zwischen dem Herpes und dem „Schanker“.

Dahin gehören, dass die Erosionen des Herpes gewöhnlich kleiner sind, deutlicher Spuren des Zusammengeflossenseins mehrerer kleiner Substanzverluste zu einem grossen erkennen lassen, oberflächlicher sind als der „Schanker“ — aber das sind keine constanten Unterschiede.

Mehr Berücksichtigung verdient schon, dass die Kranken ein eigenthümliches Gefühl beim Ausbruche oder gleich nach demselben an der Stelle des Auftretens des Herpes, ein eigenthümliches Brennen empfinden, während beim „Schanker“ nichts dergleichen wahrgenommen wird. Allein das ist ein subjectives Symptom und als solches nicht verlässlich genug. Es gibt aber drei für die Differentialdiagnose wichtigere objective Symptome:

1. Die Beschaffenheit der dem Sitze des Affectes anatomisch zugehörigen Lymphdrüsen. Beim Herpes findet sich gar keine Veränderung an denselben oder höchstens ein leichter subinflammatorischer Zustand — beim „Schanker“ dagegen werden die bekannten, bereits ausführlich erörterten Erkrankungen dieser Organe beobachtet.

2. Die Beschaffenheit der Basis des Affectes. Der Herpes hat eine weiche Basis oder besitzt daselbst eine leichte, ent-

zündliche Resistenz für den tastenden Finger und nicht jene trockene, entschiedene Härte der Induration.

3. Die Configuration der Grenzen des Affectes, ein zwar minutiöses, aber deutlich ausgeprägtes und darum in der Praxis sehr verwerthbares Symptom. Die Grenzen des „Schankers“ stellen einen Kreis vor oder ein Oval, oder irgend eine unregelmässige Figur. Die Grenzen des Herpes stellen eine aus mehreren einzelnen Kreissegmenten zusammengesetzte Umrandung dar, entsprechend dem Zusammengeflossensein mehrerer kleiner kreisförmiger Substanzverluste zu einem grösseren.

Bringen alle diese Symptome nicht Licht genug in die Sache, so entscheidet in letzter Instanz der weitere Verlauf durch relativ rasche Rückbildung für den Herpes, durch Entwicklung von Zeichen der Allgemeininfection neben relativ längerem Bestehen des Affectes für den „Schanker“, wenn nicht die Zweifel schon früher durch das Auftreten der für das syphilitische Initialsymptom charakteristischen Bubonen gelöst sind.

Weniger Gewicht als auf alle bisher angeführten Unterschiede ist auf die Angaben, selbst auf die durch ärztliche Beobachtung bestätigten Angaben des Kranken, dass er seit jeher an Herpes leide, zu legen. Denn es ist nicht einzusehen, warum ein zu Herpes disponirtes Individuum gegen „Schanker“ immun sein sollte.

Auch das ist für die Diagnose irrelevant, wenn im Umfange des bezüglich der Diagnose zweifelhaften Affectes sich Herpesbläschen finden. Es können ja Syphilis und Herpes gleichzeitig an einem Kranken, und zwar in grosser Nähe neben einander sich entwickeln und der Herpes überdies durch eine Allgemeinerkrankung oder durch ein Localleiden bedingt auftreten, wie z. B. der Herpes fieberhafter Zustände oder der Herpes, welcher beim Tripper am Penis, und zwar bei manchen Patienten bei jedesmaliger Erkrankung an Gonorrhöe mit einer gewissen Regelmässigkeit vorzukommen pflegt. An Weibern sieht man bei Vaginitis, Vulvitis, Urethritis, zur Zeit der Menstruation und Schwangerschaft häufig Herpes an den Genitalien, wie bereits früher erwähnt worden ist, und der „Schanker“ sollte der Fähigkeit entbehren, zur Herpesbildung Veranlassung zu geben? Dieser Umstand, welcher der gleichzeitigen Existenz des syphilitischen Primäraffectes neben, ja sogar knapp neben dem Herpes günstig ist, erschwert die Differentialdiagnose und ist bei Stellung derselben wohl ins Auge zu fassen. Wegen

dieser Schwierigkeit folgt hier eine Synopsis der Differentialdiagnose zwischen syphilitischem „Schanker“ und Herpes.

Herpes

„Schanker“

Constante Unterschiede:

Keine Drüsenerkrankung.	Drüsenerkrankung.
Weiche Basis.	Induration.
Aus einzelnen Kreissegmenten bestehende Umrandung.	Umrandung, welche jene Zusammensetzung aus Kreissegmenten nie zeigt.

Unterschiede der weiteren Entwicklung:

Rasche Entwicklung des Höhestadiums. Rasche Vernarbung.	Weniger rasche Entwicklung des Höhestadiums. (Im Allgemeinen) relativ langsame Vernarbung.
---	--

Nicht constante Unterschiede:

Pruriginöse Erkrankung, (Gefühl von Hitze und Brennen.)	Absolut indolente Erkrankung.
Vielfache Substanzverluste.	Gewöhnlich nur ein Substanzverlust oder wenn mehrere, nie so zahlreiche, wie beim Herpes.
Meist sehr kleine, oft miliäre Substanzverluste.	Meist Substanzverluste von größerem Umfange.
Meist oberflächliche Erosionen.	Meist mehr in die Tiefe dringende Erosionen.

Bei der Differentialdiagnose für beide Erkrankungen gleich zu berücksichtigender Umstand:

Möglichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins beider Erkrankungen.

§ 35. Mit dem erosiven „Schanker“ wird bei Weibern auch zuweilen die erosive Vulvitis verwechselt. Es ist wahr, man sollte nach den gewöhnlichen Erscheinungen dieser Vulvitis glauben, dass eine Verwechslung kaum möglich sei. Man findet bei dieser Erkrankung zahlreiche und oberflächliche Substanzverluste, stellenweise nur epidermidale und epitheliale Abschuppungen, ausserdem, deutlich ausgeprägt,

allgemeine Röthe der ergriffenen Theile, ödematöse Anschwellung der Labien, reichliche Secretion von blennorrhagischer Beschaffenheit, Schmerzhaftigkeit der betreffenden Gegend. Und diese Erscheinungen sind über das erkrankte Organ in grösserem Umfange ausgebreitet, während jene Vulvitis, welche der „Schanker“ veranlasst, die somit symptomatisch oder secundär, gleichzeitig mit ihm und neben ihm bestehen kann, nur eine partielle und umschriebene ist.

Indess gibt es doch Fälle, in denen auch jene primäre, essentielle Vulvitis mit „Schanker“ verwechselt werden kann, wenn sich bei ihr zufällig, statt der ausgedehnten, confluirenden und oberflächlichen Substanzverluste, umschriebene, isolirte und in die Tiefe reichende finden. Da kann sich auch ein geübtes Auge täuschen, und weil dergleichen Fälle besonders in medico-legaler Beziehung wichtig sind, erheischen sie genaue Vorsicht und Kenntniss der Möglichkeit dieser Verwechslungen.

Man muss sich deshalb, wenn es sich um eine medico-legale Entscheidung handelt, immer vor Augen halten, dass es einfache Substanzverluste gibt, welche einen „Schanker“ vortäuschen können. Man darf aus diesem Grunde nie wegen des Aussehens eines Substanzverlustes allein, vor Gericht, die Diagnose auf „Schanker“ stellen. Dies ist nur dann erlaubt, wenn **alle** Symptome für eine solche Diagnose sprechen **und** wenn zu einer gewissen Zeit, nach dem Entstehen des fraglichen Substanzverlustes die vielfach erwähnten und später zu erörternden Folgezustände des syphilitischen Initialaffectes eintreten.

§ 36. Ist der „Schanker“ ulcerös geworden, oder stellt er auch nur einen exulcerirenden Substanzverlust vor, so kann er mit einem weichen Schanker verwechselt werden und die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden ist die practisch wichtigste, weil am häufigsten zu stellende, aber auch eine in vielen Fällen äusserst schwierige.

Der Arzt und der Kranke sind beide in solchen Fällen mehr als sonst in gleich hohem Grade interessirt, möglichst bald das Richtige zu wissen. Denn ein Kranker, der einen weichen Schanker hat, ist mit einem Leiden behaftet, welches, einmal geheilt, keine Folgen für die fernere Zukunft hat. Es könnte höchstens ein posthumer Bubo als Folgeübel sich entwickeln, und ist auch der Verlauf dieses in einer oder der anderen Weise zu Ende, so ist die Sache ein- für allemal abgethan. Nicht so ist es beim syphilitischen „Schanker“. Wer diesen erwirbt, hat zugleich eine Diathese erworben, eine Diathese, deren Manifestationen lange dauern. Ein solcher Kranker muss dann sich einer entsprechenden, ernsten Be-

handlung unterziehen. — Kurz es kommen da Umstände in Betracht, über welche gegebenen Falls aufgeklärt zu sein, gewiss ein billiger Wunsch ist, der zwar in der grossen Mehrzahl der Fälle, aber doch nicht immer bei der ersten Untersuchung des Geschwüres erfüllt werden kann.

Die Differentialdiagnose stützt sich klinisch auf fünf Punkte. Diese sind:

1. Die Anzahl der vorfindlichen Substanzverluste. Während der „Schanker“ gewöhnlich nur in einem, selten in mehreren und nur ausnahmsweise in vielen Exemplaren vorhanden ist, sieht man den weichen Schanker gewöhnlich in ziemlich vielen Exemplaren gleichzeitig an einem Individuum, so dass nicht selten durch diesen Umstand allein die Diagnose gemacht werden kann.

2. Der eigenthümliche Habitus des Geschwüres wird beim weichen Schanker durch folgende Details bedingt: Derselbe ist ein wahrhaftes Geschwür, grubig und ausgehöhlt, ein Substanzverlust in den Geweben, als ob er von einem Locheisen ausgestemmt wäre. Die Ränder sind scharf, steil, oft unterminirt. Der Grund ist uneben, wie angenagt. Die Farbe lebhaft gelb. Die Secretion reichlich und ihr Product Eiter. Von allem dem bemerkt man beim syphilitischen Primäraffecte nichts. Er ist, wie bereits gesagt, weit häufiger eine Erosion als ein Geschwür und selbst, wenn er ein solches darstellt, ist dieses weniger grubig als beim weichen Schanker. Ränder besitzt er fast gar nicht, nur einen schwachen Saum. Der Grund ist glatt, wie polirt, irisirend. Die Farbe ist grau oder rothbraun, jedenfalls dunkler als in der Regel beim weichen Schanker, und die Secretion ist geringfügig und nur ausnahmsweise nicht serosaniös. Wer gerade kein Anfänger ist, wird den durch diese Details bedingten Gesammthabitus und somit die Art des Geschwüres bald erkennen und auch der Anfänger wird dies bald lernen.

3. Die Beschaffenheit der Basis. Dieselbe bleibt beim weichen Schanker weich und nachgiebig, wie bei einem jeden anderen Geschwüre. Doch sind immerhin die Fälle nicht selten, dass die Gewebe, welche den weichen Schanker umgeben, oder denen er aufsitzt, sich verdichten oder aus irgend einem Grunde anschwellen und dem tastenden Finger eine gewisse Resistenz bieten; aber es ist eben keine andere Resistenz, als wir sie auch sonst in anderen Fällen, in denen die entzündliche Anschwellung zur Verhärtung der Gewebe führt, wahrnehmen. Es ist eine gewisse pastöse, ödematöse Härte, wie sie z. B. der Furunkel besitzt. Sie ist nicht umschrieben, hört nicht jählings auf,

sondern verliert sich allmählig in das benachbarte gesunde Gewebe, ist diffus und nicht auf die Circumferenz des Geschwüres beschränkt. Von allem dem bietet die Induration des syphilitischen „Schankers“ das Gegentheil und um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf das Diesbezügliche, an früherer Stelle Gesagte hingewiesen.

4. Die Beschaffenheit der anatomisch dem Sitze des Geschwüres zugehörigen Lymphdrüsen bietet ein noch weit besseres Unterscheidungsmerkmal, als die in den vorhergehenden drei Punkten erörterten. Wie diese Organe sich beim „Schanker“ verhalten, wurde bereits auseinandergesetzt. Beim weichen Schanker sind die betreffenden Lymphdrüsen entweder normal, oder es entwickelt sich an ihrer Stelle ein acuter Bubo mit oft heftigen Entzündungserscheinungen, welcher meist nur eine Drüse betrifft und Tendenz zur Eiterung hat. Nach der Eröffnung des durch diesen Verlauf entstandenen Abscesses umwandelt sich der Bubo gerne in einen Drüsenschanker (Ricord). Dieser Unterschied in der Erkrankung der Leistendrüsen ist so marcant, dass er allein oft die richtige Diagnose des Affectes ermöglicht, ohne dass man gar das zugehörige Geschwür untersucht; um so mehr Werth hat er, neben den anderen Symptomen, für die Differentialdiagnose. Endlich existirt

5. Die Impfung als experimentales Criterium, um alle Zweifel, die etwa nach Würdigung der vorausgehenden Symptome noch beständen, zu zerstreuen. Handelt es sich um einen weichen Schanker, so wird die Impfung mit dem Secrete desselben, an dem erkrankten Individuum vorgenommen, eine specifische Pustel schon nach 24, 48 Stunden, selten später liefern, zerstört man diese Pustel, so findet man unter derselben einen sehr kleinen, aber deutlich ausgeprägten weichen Schanker. Die Impfung dagegen mit dem Secrete des syphilitischen Primäraffectes an dem Träger desselben liefert ein negatives Resultat.

Die Ergebnisse der Impfung sind so unzweideutig, so sicher, dass man zur Benützung dieses Criteriums für die Differentialdiagnose sehr verlockt wird. Allein den Kranken missfällt sie und sie geben sich nicht immer bereitwillig zur Impfung her. Sie ist gewöhnlich nicht mit Gefahr verbunden, birgt aber doch manche durch nicht vorherzusehende Nebenumstände veranlasste Unzukömmlichkeit. Es wird ja durch sie ein neuer, weicher Schanker zu dem bereits bestehenden hinzugefügt. Dieser (neue) kann sich über Gebühr, trotz der angewendeten Gegen-

mittel, ausbreiten, entzünden, Lymphangioitis und Bubonen veranlassen, einen Rothlauf im Gefolge haben, etc. Er kann auch phagedänisch werden. Nun sind allerdings diese Zufälle selten, so selten, dass sie meist nicht berücksichtigt werden; aber möglich sind sie doch, und es sind dergleichen unangenehme Fälle, in welchen sie sich ereigneten, in der Literatur verzeichnet. Auch muss man sich vor Augen halten, dass der Arzt vis-à-vis dem Kranken für einen solchen Schanker eine erhöhte Verantwortlichkeit besitzt. Aus allem dem folgt: man vollziehe die Impfung nur bei vollkommen bedingungsloser, aus freier Entschliessung des Kranken hervorgegangener Einwilligung desselben und nur wenn es sich um sein Interesse handelt. Das Resultat der vollzogenen Impfung muss mit der grössten Sorgfalt überwacht werden. Am 2., 3., höchstens 4. Tage weiss man ohnehin, was man durch die Inoculation zu erfahren braucht, und dann muss sofort eine gründliche Zerstörung der Ergebnisse derselben mit dem Causticum stattfinden.

Die Berücksichtigung der Incubation und die Confrontation, d. i. die Untersuchung der Infectionsquelle, liefern gleichfalls mitunter Behelfe für die Differentialdiagnose zwischen weichem Schanker und syphilitischem Primäraffect, weshalb diese beiden Momente in Folgendem erörtert werden sollen.

Was zunächst die Incubation anlangt, so ist bereits ausgeführt worden, dass der „Schanker“ eine, und zwar ziemlich lange Incubation hat, der weiche Schanker dagegen folgt fast unmittelbar der Ansteckung. Man wird also auf das anamnestische Moment, wann der inficirende Coitus stattgefunden hat, behufs der Diagnose Rücksicht nehmen müssen. Hat er vor kurzem, längstens vor einer Woche sich ereignet, so kann man auf einen weichen Schanker schliessen; ist der Zeitraum ein längerer, dann hat man es mit dem Initialaffecte der Syphilis zu thun. Unglücklicherweise kann man in der Praxis von diesem Behelfe keinen ausgedehnten Gebrauch machen, denn meist haben die Kranken kurz vor dem Ausbruche eines Schankers, innerhalb weniger Tage wiederholt mit mehreren Individuen geschlechtlichen Umgang gepflogen, so dass nicht mehr zu eruiren ist, welcher Coitus der zu inculpirende war.

Das zweite Moment, die Confrontation, ist schon besser für die Diagnose zu verwerthen, leidet aber an einem ähnlichen Uebelstande wie das erste.

Damit es nämlich verlässlich sei, darf der Kranke nur mit einem einzigen Weibe während einer gewissen Zeit den

Coitus gepflogen haben, oder man muss alle diejenigen Weiber, mit denen er während dieser Zeit Umgang gehabt hat, untersuchen können, was in der Praxis in den meisten Fällen sehr schwer ausführbar sein wird. Ist dies aber ausführbar, dann gibt die Confrontation äusserst werthvolle, ja, man kann sagen, unwiderlegliche Aufschlüsse. Denn ein syphilitischer Primäraffect stammt nur von einem Syphilitischen, und ein weicher Schanker nur von einem mit weichem Schanker Behafteten. Das haben zahllose Confrontationen als ein Axiom hinstellen lassen. In gewissen Fällen, z. B. wenn Ammen durch ihre Säuglinge angesteckt wurden, ist die Confrontation ein nicht zu umgehendes, äusserst schätzbares Moment.

Es folgt nun eine Synopsis der zwischen dem „Schanker“ als syphilitischem Initialsymptome und dem weichen oder einfachen Schanker bestehenden Unterschiede, welche für die Differentialdiagnose wichtig sind:

Der weiche Schanker. Der syphilitische Initialaffect.

I. Anzahl der Geschwüre.

Fast immer mehrere.

Oft nur eines, selten mehrere.

II. Gesammthabitus der Geschwüre.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1) Grubiges, ausgehöhltes Geschwür. | 1) Flaches, oft erhabenes und papulöses, selten ulceröses Geschwür. |
| 2) Steile, unterminirte Ränder. | 2) Kein eigentlicher Rand, nur ein schwacher Saum. |
| 3) Unebener, wie angenagter Grund. | 3) Glatter, glänzender, irisirender, wie lackirter Grund, |
| 4) Gelbe, lebhafte Farbe. | 4) Graue oder rothe, dunkle Farbe. |
| 5) Reichliche Eitersecretion. | 5) Geringfügige, mehr sero-saniöse, als eitrige Secretion. |

III. Beschaffenheit der Basis.

Weiche Basis oder Entzündungshärte an derselben.

In verschiedenem Grade harte Basis.

IV. Beschaffenheit der Ganglien.

Kein Bubo oder ein solcher mit Entzündungserscheinungen, oft ein schancröser.

Constant ein indolenter nicht entzündeter Bubo, oft ein polyganglionärer.

V. Experimentales Criterium.

Dem Kranken einimpfbarer Eiter. Dem Kranken nicht einimpfbarer Eiter.

Wenn die genaue Erwägung aller dieser Umstände nicht zum Ziele führt, dann bleibt als ultimum refugium der fernere Verlauf, welcher nach dem „Schanker“ die weitere Entwicklung der Syphilis bringt, während nach dem weichen Schanker begreiflicherweise das Gegentheil stattfindet. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass jenes Abwarten des späteren Verlaufes, wenn es sich um gewichtige medicinische Entscheidungen handelt, geradezu geboten ist. Das ist nicht selten der Fall bei Ansteckung von Säuglingen durch ihre Ammen, von Ammen durch ihre Pfleglinge, bei Klagen wegen erfolgter Ansteckung, anlässlich von Nothzucht und Schändung, etc. Bei Nichtbeachtung des weiteren Verlaufes jener Affectionen, welche den aufgezählten Umständen ihren Ursprung verdanken, ist man vielen Täuschungen ausgesetzt. Bald erkennt man den „Schanker“ nicht, der wirklich vorhanden ist, dann glaubt man wieder einen syphilitischen Initialaffect zu sehen, wo keiner vorhanden war, sondern was man dafür hielt, war ein weicher Schanker, ein Herpes, eine entzündliche Erosion, ein Trauma, eine Fissur, die indurirte Fistelöffnung eines vulvären, perivulvären, perianalen Abscesses u. dgl., ein ulcerirtes Epitheliom, ein tuberculosus Geschwür des Mundes, irgend ein Symptom der Scrofulose, oder eine gewöhnliche Ulceration, etc., etc.

Es sei hier deshalb nochmals erwähnt:

1. Die Diagnose „Schanker“, lediglich auf Anschauung des Geschwüres gestützt, kann, selbst vom Erfahrensten gemacht, eine Täuschung involviren.
2. Die gerichtlich-medicinische Diagnose auf „Schanker“, kann und darf nur auf Grund der Ergebnisse einerseits der Untersuchung des Geschwüres, andererseits der Beobachtung des weiteren Verlaufes gemacht werden.

Es gibt aber noch eine Schwierigkeit in Bezug auf die Differentialdiagnose zu erwähnen, und das ist, wie beim Herpes, das gleichzeitige Vorkommen vom weichen Schanker und syphilitischen Primäraffect. Dieser letztere (der „Schanker“) wird meist auf demselben Wege, oft gleichzeitig mit anderen venerischen Erkrankungen erworben, warum sollte der weiche Schanker — auch eine venerische

Erkrankung — eine Ausnahme machen? Warum sollten, in Folge dessen, syphilitischer Primäraffect und weicher Schanker nicht gleichzeitig neben einander, sogar aufeinander gepfropft vorkommen können? Ja dieses Vorkommnis bietet nichts Auffälliges. Denn warum sollte ein weicher Schanker, der doch wie eine offene Wunde sich verhält, nicht eine klaffende Eingangspforte für den Träger des syphilitischen Giftes sein?

Dass dieses Nebeneinander bei Weibern öfter zu sehen ist, als bei Männern, rührt wohl daher, dass Weiber, besonders öffentliche, sich in viel kürzerer Zeit diversen Contagien durch den Coitus mit verschiedenen Männern nacheinander häufiger aussetzen als Männer.

Unterstützt wird die obige Behauptung noch durch den Umstand, dass nicht blos der weiche Schanker neben dem syphilitischen Primäraffect vorkommt, sondern man findet, wie gesagt, neben demselben oft mehrerlei, meist venerische Erkrankungen, z. B. Urethritis blennorrhagica, Vaginitis, verschiedenartige Erkrankungen der Vaginalportion, Herpes, spitze Warzen, von Krätze und Filzläusen zu schweigen.

Man wird also behufs Feststellung der Diagnose den Kranken sehr genau examiniren und dabei untersuchen müssen, ob nicht gegebenen Falles syphilitischer Primäraffect und weiches Geschwür neben einander vorkommen. Man wird zu der Annahme dieses Umstandes, durch welchen allein viele zweifelhafte Fälle aufgeklärt werden, gedrängt sein, wenn man 1. neben einander liegende Geschwüre mit deutlich ganz verschiedenen, den beiden Gattungen zukommenden Eigenschaften vor sich hat; 2. wenn man Symptome zweierlei Art wahrnimmt, z. B. ein Geschwür mit den gut ausgeprägten Charakteren eines weichen Schankers und daneben einen nicht zu verkennenden syphilitischen Bubo. In letzter Instanz entscheidet in solchen Fällen, neben der Impfung nur das Abwarten des weiteren Verlaufes. Uebrigens muss zugegeben werden, dass dergleichen Fälle doch nur selten sind.

§ 37. Der „Schanker“ an den Brüsten und am Uterus bietet, wie bereits erwähnt, verschiedene Eigenthümlichkeiten dar, welche nothwendig machen, diese pathologischen Vorkommnisse vom Standpunkte der Differentialdiagnose speciell zu beleuchten.

Wenn der „Schanker“ der Brust nicht an der Warze sitzt, wird er nach den früher gegebenen Schilderungen leicht zu erkennen sein. Er ist dann entweder eine Erosion oder eine erosive Papel mit

oder ohne Kruste, rund oder oval, gewöhnlich mit Pergamentinduration. Erscheint er aber an der Warze, so bietet er, wie an anderer Stelle mitgetheilt wurde, durch seine äusseren Erscheinungen der Diagnose Schwierigkeiten und kann mit einer gewöhnlichen Verletzung, wie einer Schrunde, einem Furunkel, einer einfachen Erosion, einem umschriebenen Eczem, einem Bisse, irgend einer beim Säugegeschäfte entstandenen Verletzung und Aehnlichem verwechselt werden. Man muss es wissen, dass „Schanker“ dieser Art unter dem unschuldigsten, harmlosesten Aussehen und scheinbar als Substanzverluste ohne irgend einen specifischen Charakter auftreten können.

In solchen Fällen gibt es nur zwei Symptome, welche aus der Verlegenheit helfen und zur richtigen Erkenntniss führen:

1. Die Induration, welche, wenn sie auch nicht so deutlich sein sollte, um auf sie allein die Diagnose zu stützen, doch immer wenigstens so deutlich sein wird, um Verdacht zu erwecken.

2. Die syphilitische Erkrankung der Achseldrüsen, die eigentlich das beste Zeichen für den Schanker an der Mamma ist. — Selbstverständlich ist, dass man bei Feststellung der Diagnose an der Nährmutter auch den Säugling untersuchen wird.

§ 38. Viel mehr Schwierigkeiten für die Diagnose bietet der „Schanker“ an der Vaginalportion der Gebärmutter. Diese Schwierigkeiten liegen darin, dass die syphilitischen Primäraffecte am Scheidentheile der Gebärmutter, wie früher erwähnt wurde, rasch in Heilung übergehen, und dann während des bald eintretenden Stadiums der Reparation gar nichts für das Initialsymptom Charakteristisches darbieten. Dazu kommt noch, dass die symptomatisch ergriffenen Lymphdrüsen, die noch einen Anhaltspunkt für die Diagnose gewähren möchten, nicht tastbar sind. Von der Unmöglichkeit der exacten Untersuchung in fast allen Fällen soll, als bereits erwähnt, nicht weiter gesprochen werden.

Verdacht auf einen „Schanker“ am Collum uteri wird man schon aus der runden Gestalt und dem zum Orificium excentrischen Sitze des Substanzverlustes schöpfen. Das sind jedoch unzuverlässige Zeichen, auf die allein hin man keine Diagnose stellen kann, weil sie nicht blos dem syphilitischen Primäraffecte, sondern auch ganz gewöhnlichen entzündlichen Erosionen zukommen können.

Aber während des Höhestadiums der Entwicklung hat der „Schanker“ am Scheidentheile bestimmte, fast nur dieser Affection

des Gebärmutterhalses zukommende, bereits geschilderte Eigenthümlichkeiten, welche eine Diagnose ermöglichen. Diese Eigenthümlichkeiten seien ihrer Wichtigkeit wegen wiederholt. Sie sind: 1. scharfe Begrenzung, 2. platte oder papulöse Form, 3. opalisirende, grauliche, graublaue Farbe. Trotz dieser specifischen Kennzeichen gehört die Diagnose nicht zu den leichten, weil viele andere Erkrankungen mit dem syphilitischen Primäraffecte an der Vaginalportion verwechselt werden können, z. B. die mucösen Syphilide (von denen bei Erörterung der Frühformen der Dyscrasie gesprochen wird) der Herpes, Erosionen von Metritis, weiche Schanker, andere noch weniger bekannte und noch nicht beschriebene Affectionen des Collum uteri, etc. So soll es z. B. eine Art Psoriasis portionis vaginalis (nach Fournier) geben, welche aus weissen, pseudomembranösen, diphtheroiden Flecken besteht, die noch wenig gekannt ist.

Es fragt sich nun, wie sind solche Verwechslungen zu vermeiden?

I. Zwischen den Syphiliden und dem „Schanker“ lässt sich kein Unterschied aufstellen. Das Stadium der Entwicklung der Krankheit im Ganzen kann da allein Aufschluss geben. Eine Täuschung hätte übrigens in diesem Falle keine nachtheiligen Folgen.

II. Herpes kommt in Form von mehr oder weniger ausgedehnten, platten, oberflächlichen, röthlichen oder opalinen Flecken vor, entstanden durch unvollkommene Ablösung und Maceration der Epithelien. Ein Unterschied zwischen ihm und dem Initialsymptom ist bisweilen schwer zu finden, und besteht darin, dass beim Herpes die Contour der Erosion aus Kreissegmenten zusammengesetzt ist (worauf schon früher aufmerksam gemacht wurde), und dass um einen durch Grösse am meisten hervorragenden Substanzverlust andere kleinere gruppiert sind, die miliär, rund und umschrieben die Herpes-Efflorescenz nicht verkennen lassen.

III. Die Erosionen der metritis mucosa inflammatoria oder catarrhalis umgeben strahlenförmig das orificium uteri und setzen sich von der Unterlippe besonders auf die Schleimhaut des Innern der Gebärmutter fort. Sie sind röthlich, oft granulös, nur selten mit einer grauen Pseudomembran bedeckt und gewöhnlich mit einem gewissen Grade von Anschwellung der Gebärmutter, mit Uterinalschmerzen, welche in die Inguinal- und Lumbalgegend ausstrahlen, mit catarrhalisch-eitrigem Ausflusse, Menstrualstörungen vergesellschaftet.

Der „Schanker“ der Gebärmutter erzeugt keine Schmerzen, keine Anschwellung, einen kaum merkbaren Ausfluss, setzt sich nur sehr ausnahmsweise ins Innere des Uterus hinein fort und besitzt seine

eigenthümliche Farbe. In Praxi ist die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten schwer zu machen, einestheils deshalb, weil die angeführten unterscheidenden Merkmale selten deutlich genug ausgeprägt sind, und dann, weil bei häufig gleichzeitigem Vorhandensein beider Leiden die Symptome des einen durch die Symptome des andern undeutlich, gewissermassen verwischt werden.

IV. Am wichtigsten aber ist hier wieder die Differentialdiagnose zwischen weichem Schanker und syphilitischem Primäraffect. Wenn die Symptome des einen oder des anderen Leidens deutlich ausgeprägt sind, ist die Sache nicht schwer. Aber der weiche Schanker nimmt an der Vaginalportion gewisse Eigenthümlichkeiten an, welche eine Verwechslung leicht möglich machen. Er zeigt sich nämlich 1. häufig nur in einem einzigen Exemplare, sei es, dass gleich vom Anfange nur ein Exemplar da war, oder dass dieses aus der Verschmelzung mehrerer hervorgegangen ist, 2. besitzt er oft eine papulose Form wodurch er der Papel (als Theilerscheinung der Frühformen) oder dem syphilitischen Initialaffecte ähnlich wird. Wie ist da der Verwechslung vorzubeugen? Der Umfang des Geschwüres ist nicht massgebend, denn, wiewohl der syphilitische Primäraffect meist klein ist, kann er doch manchmal so gross sein, wie ein weicher Schanker zu sein pflegt. Der Grund des Letzteren zeigt zwar gewisse Unebenheiten, die man am syphilitischen Initialaffecte überhaupt und jenem dieser Gegend insbesondere nicht wahrnimmt. Die Farbe des weichen Schankers ist auch lebhafter, und neigt mehr dem Gelben zu, was gleichfalls beim syphilitischen Initialsymptom nicht beobachtet wird. Aber alle diese Zeichen sind unsicher, oder können so wenig deutlich sein, dass man einen sicheren Ausspruch auf sie nicht basiren kann. Da hilft eine andere Erscheinung, welche man in der regio vulvalis wahrnimmt, bisweilen, aber nur bisweilen, aus der Verlegenheit. Findet man nämlich in dieser Region nichts Verdächtiges oder „Schanker“, so wird die Diagnose auf syphilitischen Initialaffect am Collum uteri lauten können. Dabei ist natürlich nicht zu vergessen, dass es immerhin möglich sei, dass in der regio vulvalis syphilitische Primäraffecte und an der Vaginalportion weiche Schanker und umgekehrt sich entwickeln können, in Folge der gleichzeitig oder nacheinander stattgefundenen Contagion mit den zweierlei Contagien. Sind aber in der vulva oder was seltener ist, in der ampulla vaginalis weiche Schanker vorhanden, so kann man mit voller Bestimmtheit das am Scheidentheile bestehende Geschwür auch als einen weichen Schanker ansehen, welcher durch Autoinoculation

die ersteren erzeugte. In selbst bei diesem Befunde noch zweifelhaften Fällen kann die experimentale Impfung mit dem Secrete des am collum uteri sitzenden Geschwüres Aufschluss geben.

Wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen syphilitischem Primäraffect und weichem Schanker am Scheidentheile der Gebärmutter folgt eine

Synopsis der Symptome

des syphilitischen Initial- des weichen Schankers
affectes

an der Vaginalportion.

I. Symptome, welche eine wahrscheinliche Diagnose ermöglichen.

- | | |
|---|--|
| 1. Ein erosiver oder papulo-
erosiver Substanzverlust. | 1. Ein geschwüriger, bisweilen
auch papulös geschwüriger Substanz
verlust. |
| 2. Grauliche, opaline Farbe. | 2. Gelbe oder gelbliche lebhaft
Farbe. |

II. Symptome, welche eine sichere Diagnose ermöglichen.

- | | |
|--|--|
| 1. „Schanker“ an der Vulva
oder nichts Verdächtiges daselbst. | 1. Weiche Schanker an der Vulva
oder der Ampulla. |
|--|--|
- (Rücksicht auf den Ausnahmefall einer Ansteckung mit zweierlei Giften).

- | | |
|------------------------------|---|
| 2. Negative Autoinoculation. | 2. Erzeugung von weichem Schan-
ker durch Impfung. |
|------------------------------|---|

III. Symptome, welche die Diagnose unterstützen, aber auf die allein sie nicht basirt werden kann.

- | | |
|---|---|
| 1. Selten viele, meist nur ein
Geschwür vorhanden. | 1. Selten ein, meist mehrere
Geschwüre — oder ein grosses
aus dem Zusammenfliessen kleiner
entstandenes vorhanden. |
| 2. Geringer Umfang. | 2. Ziemlich grosser Umfang. |
-

die ersten erzeugte. In selbst bei diesem Heland noch zweifelhaften Fällen kann die experimentale Impfung mit dem Secrete des am collum uteri sitzenden Geschwüres Aufschluss geben.

Wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen syphilitischem Primäraffekt und weichen Schanker am Scheidentheile der Gebärmutter folgt eine

Synopsis der Symptome

des syphilitischen Initial- des weichen Schankers

1. Erstes

an der Vaginaportion.

I. Symptome, welche eine wahrscheinliche Diagnose ermöglichen.

1. Ein erosiver oder papulöser Substanzverlust. auch papulöses Geschwüriger Substanzverlust.

2. Grauliche, opaline Farbe. Farbe.

II. Symptome, welche eine sichere Diagnose ermöglichen.

1. „Schanker“ an der Vagina 1. Weiche Schanker an der Vagina oder nichts Verdächtiges daselbst. oder der Annulla.

(Rückblick auf den Ausnahmefall einer Ansteckung mit zweierlei Giften).

2. Negative Antioinculation. 2. Exurgung von weichen Schanker durch Impfung.

III. Symptome, welche die Diagnose unterstützen, aber auf alle allein nicht basirt werden kann.

1. Selten viele, meist nur ein Geschwür vorhanden. 1. Selten ein, meist mehrere Geschwüre — oder ein grosses aus dem Zusammenhänge kleiner entstandenes vorhanden.

2. Geringer Umfang. 2. Nämlich grosser Umfang.

II. ABTHEILUNG.

Einführung

Die Syphilis während der Periode der Frühformen.

II. ABTHEILUNG.

Die Syphilis während der Periode der Früh-
formen.

I. CAPITEL.

Einleitung.

§ 39. Nachdem der „Schanker“ und der syphilitische Bubo eine Zeit lang als einzige Beweise bestehen, dass ein Virus in den Körper eingedrungen sei, entwickelt sich eine Reihe anderer Krankheitsphänomene, welche den Namen Allgemeinerscheinungen oder constitutionelle Erscheinungen der Syphilis führen.

Vor der Besprechung derselben muss jedoch die Frage beantwortet werden: welche Zeit verfliesst zwischen dem Auftreten des „Schankers“ und dem Erscheinen jener Consecutiv-symptome?

Diese Zeit, die secundäre Incubation genannt, beträgt nach der Anschauung der meisten Syphilographen 40 bis 50 Tage im Durchschnitte. Es ist selbstverständlich, dass sie auch kürzer oder länger währen kann. Im Verlaufe derselben bietet der Kranke, wenn der „Schanker“ schon geheilt ist, vom Bubo abgesehen, kein Symptom von Syphilis dar.

Aber nach dieser Periode entwickeln sich Erscheinungen, welche von dem Primär-Symptom wesentlich verschieden sind; sie sind es schon dadurch, dass sie nicht wie das Initialsymptom auf die Eingangspforte des Virus in den Organismus beschränkt sind, sondern sie können sich über den ganzen Körper verbreiten. Sie können die Oberfläche und die Innensubstanz der Organe befallen.

§ 40. Es ist weiters die Thatsache bekannt, dass die verschiedenen Consecutiv-Erscheinungen einer gewissen Zeitfolge unterworfen sind,

dass sie eine gewisse Reihe im Nacheinander des Auftretens mit Strenge einhalten.

Einige folgen dem „Schanker“ nach kurzer Zeit, andere treten erst auf, wenn jene schon da gewesen sind, und eine dritte Gruppe wird erst sichtbar, wenn die beiden anderen schon schwanden oder eine Zeit lang bestanden haben; ja noch mehr, eine genaue Beobachtung (der Krankheit), welche in den Charakter der verschiedenen Erscheinungen eindrang, hat gelehrt, dass dieselben sich auch durch den Sitz unterscheiden, durch die Form ihres Auftretens, durch den Habitus, durch ihre mehr oder weniger einschneidende Wichtigkeit und durch den Einfluss, welchen die verschiedenen Heilmittel auf sie ausüben.

Man hat deshalb, um eine Uebersicht zu gewinnen, die krankhaften Erscheinungen, welche die Syphilis in dem Organismus hervorruft, in drei grosse Gruppen untergebracht: 1. in die Gruppe der primären Symptome, zu welchen der „Schanker“ und der syphilitische Bubo gehören (die Initialformen); 2. in die Gruppe der secundären Erscheinungen oder Frühformen, das ist jener, die dem Primärsymptome meist in verhältnismässig kurzer Zeit folgen und die gewöhnlich nur eine oberflächliche und meist gutartige Erkrankung der Gewebe darstellen; 3. in die Gruppe der Tertiär-Erscheinungen oder Spätformen, welche gewöhnlich nur in einem vorgeschrittenen Alter des Leidens auftreten und die Gewebe in der Tiefe und in einer ernsteren Weise erkrankt zeigen. Diese Eintheilung ist nicht ohne Fehler, aber sie ist in der Praxis sehr verwendbar und sie scheint auch am meisten dem Wesen der Krankheit zu entsprechen. Ricord, von dem sie stammt, hat eine Zeit lang behauptet: der Charakter der primären Erscheinungen (der Initialformen) bestehe in diesen ausschliesslich zukommender Impfbarkeit des Eiters (ihres Secretes). Aber man hat sich überzeugt, dass die pathologischen Secrete von Krankheitsproducten, die der Secundärperiode angehören, gleichfalls jene Eigenschaft besitzen.

Auch ist Ricord's Ausspruch nicht mehr massgebend, dass in der letzteren Periode die Krankheitserscheinungen nur die Oberflächen des Organismus betreffen, und dass sie sich dadurch von der Tertiärperiode unterscheide; denn auch in jener können Fälle von sogenannter Visceral-Syphilis (Ergriffensein tiefliegender Organe an ihrer Oberfläche und in ihrem Innern in Folge von Lues) vorkommen.

Viele deutsche Autoren haben die Bezeichnung von Secundär und Tertiär, wegen dieser Möglichkeit aufgegeben und sprechen von

Initial-Symptomen, von Frühformen und Spätformen und bezeichnen jene Erscheinungen der ersten Kategorie, welche später als gewöhnlich auftreten, als verspätete Frühformen, denen dann frühzeitige Spätformen gegenüberstehen. Die Frühformen sind irritativen, hyperplastischen — die Spätformen heteroplastischen Charakters (im Sinne Virchow's).

§ 41. Es fragt sich nun, welche Erscheinungen bezeichnen den Eintritt der Krankheit in die Secundärperiode? Immer ist es die Entwicklung eines Ausschlages, welche den Anfang der Secundärperiode anzeigt, daneben kommen leichtere Störungen des Allgemeinbefindens vor, z. B. Kopfschmerz, herumziehender Schmerz in den Gelenken, Abgeschlagenheit, Uebelbefinden u. s. w. Diese letzteren Erscheinungen können fehlen, der Ausschlag aber nicht.

Er tritt ferner in einer Weise auf, dass die Patienten meist, man kann sagen fast immer, von seiner Anwesenheit keine Ahnung haben und dass sie entweder durch den Arzt, oder durch irgend einen mit dem Grundleiden nicht zusammenhängenden Umstand veranlasst werden, ihren Körper genau zu betrachten, bei welcher Gelegenheit sie erst den Ausschlag entdecken. So ist es in der Regel beim Manne.

Beim Weibe dagegen ist der Eintritt der Secundärperiode (nach Fournier) weniger latent. Die früher erwähnten Nebenerscheinungen treten da meist im verschärften Grade auf, so dass der Ausschlag nicht einmal das am ehesten in die Augen fallende ist. Diese Neben-Erscheinungen sind: lebhafter Kopfschmerz, welcher sich gegen Abend zeigt, stark ausgesprochenes Uebelbefinden, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, ein Gefühl, als ob die Glieder gebrochen wären, geringe Geneigtheit zur Arbeit, Appetitlosigkeit, eine unbestimmte Schwäche, welche die Kranken befällt, und die sie sich durch nichts erklären können; ferner localisirte Schmerzen, welche, was den Sitz und die Intensität anlangt, äusserst mannigfaltig sind, vage Schmerzen in den Ohren, Seitenstechen, ein Gefühl von Druck auf der Brust, ein Gefühl, als ob die Patienten ersticken würden u. s. w., dazu gesellt sich eine manchmal ziemlich bedeutende Nervenaufrregung, Krämpfe, Herzklopfen, ungewöhnliche Beschleunigung des Herzschlages ohne Hitze und ohne Fieber, Eingenommenheit. Anderemale tritt ein leichter Schauer ein, der sich von Zeit zu Zeit wiederholt, oder localisirte Empfindungen von Kälte oder Anfälle von Hitze, vorübergehende Fieberanfälle, wieder anderemale treten seltsame nervöse Erscheinungen auf, Kardialgie, Tympanitis,

krankhafte Erregung des Appetites, leichtes und intermittirendes Zittern der Glieder, besonders der Hände u. s. w. — Man sieht aus dem Gesagten, dass in Folge der dem Weibe eigenthümlichen, gesteigerten Receptivität die Erscheinung des Eintretens in die Periode der Frühformen der Syphilis bei ihm complexer ist, als beim Manne, und da auch Schmerzen dieselbe begleiten können, so ist es begreiflich, dass dieses Eintreten vom Weibe nicht so unbemerkt bleibt, als wie vom Manne.

Doch sind die Fälle selbst bei Weibern nicht selten, wo es auch in unauffälliger Weise erfolgt.

§ 42. Beim Manne verläuft ein Fall von secundärer Syphilis gewöhnlich in der Art: Es treten Erkrankungen des Hautsystemes und seiner Adnexe auf, das sind die Syphilide, Alopecie, Onychie u. s. w.; dann kommen meist gleichzeitig Erkrankungen der Schleimhäute, später Drüsen-Erkrankungen, ferner schmerzhaftes Phänomene von verschiedenem Sitze, Kopfschmerz, rheumatoide Schmerzen des locomotorischen Systems, wahrhafte Neuralgien oder neuralgieähnliche Schmerzen, die meist ziemlich leicht und ziemlich selten sind. Vervollständigt wird zuweilen das Bild noch durch Störungen des Allgemeinbefindens, Entzündungen gewisser Häute des Auges, Periostitiden, Icterus, partielle Lähmungen u. s. w.

Beim Weibe verläuft die secundäre Syphilis in ähnlicher Weise, nur dass, wie gesagt, noch Schmerzen, auffälligere Nervenstörungen und bedeutendere Störungen des Allgemeinbefindens sich hinzu gesellen. Man kann sagen: durchschnittlich leidet das Weib durch die secundäre Syphilis mehr als der Mann. Aber ausserdem, dass die nervösen Störungen bei jenem bedeutender sind, gesellen sich zu ihnen noch gewisse, dem genus femininum speciell zukommende Affectionen, wie Erkrankungen des Uterus, mannigfaltige Störungen in der Menstruation, gewisse Krankheitserscheinungen, die sich auf die Schwangerschaft beziehen und endlich der Abortus.

Ist jedoch einerseits nicht zu läugnen, dass es eine grosse Anzahl von Frauen gibt, welche sich, ungeachtet sie syphilitisch sind, noch relativ wohl befinden, so sind andere, und zwar die Mehrzahl, wie in einem Zustande von Intoxication. Es zeigt sich bei den letzteren enorme Unterdrückung der Functionen des Nervensystems, Alteration der Blutmischung, gänzliche Veränderung des Individuums, seiner Constitution, Verminderung seiner vitalen Resistenz, mit einem Worte, die ganze Oekonomie des Organismus wird in entschiedener Weise

depressiv alterirt. Diese Action des Giftes gibt sich zu erkennen durch auffallende Verminderung der Kräfte, des Appetites, durch Schwächung aller Functionen des Körpers, durch eine gewisse Veränderung des Teints, welche bisweilen bis zur anämischen Blässe geht, durch sehr wahrnehmbare Abmagerung, vollkommene Veränderung der Physiognomie, oft durch Veränderung der Gewohnheiten, des Charakters, der Lebhaftigkeit — mit einem Worte, das syphilitische Weib zeigt sich auffallend krank und meist mehr krank, als *cæsteris paribus* ein von Syphilis befallener Mann.

§ 43. Es fragt sich nun, worin diese Krankheit besteht? Man hat gesagt, in Chloranämie. Aber die Chloranämie allein reicht nicht vollkommen aus, alle diesbezüglichen Erscheinungen zu erklären; denn die Frauen sind nicht alle in gleicher Weise erkrankt. Bei der einen sind die Functionen des einen Systems alterirt, bei der anderen die Functionen eines anderen Systems; so dass eine grosse Verschiedenheit in dieser Beziehung besteht, welche in der Chloranämie allein nicht ihren Grund haben kann. Dagegen wird Asthenie im Verein mit Chloranämie vollkommen hiezu ausreichen, und man wird Frauen finden, welche nur dem Einfluss der Chloranämie, andere, die nur jenem der Asthenie und schliesslich solche, welche beiden unterworfen sind.

Viele Frauen haben in der That während der Periode der Frühformen der Syphilis ein chlor-anämisches Aussehen. Es zeigt sich dies an folgenden Symptomen: Entfärbung der Haut und Schleimhäute, blasses, erdfahles, bleifarbenes Gesicht mit einem Stich ins Gelbliche, allgemeine Schwäche und Mattigkeit, Unfähigkeit, die gewöhnliche Arbeit zu verrichten, eine gewisse Abmagerung, Herzklopfen, besonders beim Gehen, Stiegensteigen. Dann sind die gewöhnlichen Erscheinungen der Anämie vorhanden, welche auch mehr oder weniger deutlich durch das Stethoskop nachzuweisen sind: als ein geringes Geräusch im Herzen beim ersten Ton an der Basis, Blasen in den Gefässen, welches entweder intermittirt oder mit einer zeitweisen Verdoppelung ununterbrochen zu hören ist und zuweilen sogar ein musikalisches Timbre besitzt (Nonnengeräusch). An diese wichtigen und Primordial-Symptome schliessen sich dann noch Störungen in der Verdauung, verminderter oder capriciöser Appetit, Magenschmerzen, Dyspesie, verschiedene und mannigfaltige Störungen im Nervensystem, verschiedene Neuralgien, Schmerz in den Eingeweiden, gesteigerte nervöse Erregbarkeit, Betäubung, Schwindel u. s. w. Das

sind die Erscheinungen, welche der Chloranämie zukommen. Dann aber gibt es eine Reihe von Kranken, welche andere Erscheinungen bieten, die sich nur durch Asthenie erklären lassen. Diese Kranken besitzen nur einen leicht veränderten Teint, ja einige sehen sogar ziemlich gut aus; bei der Auscultation merkt man nichts Abnormes. Doch klagen die Kranken dieser Art über eine allgemeine Schwäche, sie müssen ihren täglichen Beschäftigungen entsagen und bringen gern ihre Zeit im Bette zu; sie beklagen sich, dass ihre Knochen wie gerädert sind, wie gebrochen, sie gehen mit Mühe, langsam, schleichen einher, wie die Reconvalescenten, jeden Augenblick fühlen sie das Bedürfnis sich zu setzen und scheuen selbst die geringste Anstrengung. Misst man ihre Kräfte mit dem Dynamometer, so constatirt man eine beträchtliche Abnahme ihrer Muskelkräfte ziffermässig. Denn, während eine Frau von mittlerer Stärke im gesunden Zustande 35 Kilogramm Arbeit verrichten kann, können die hier in Rede stehenden Kranken nur 25, manchmal sogar nur 6 Kilogramm Arbeit leisten (wie sich dem Zifferblatte des Dynamometers ablesen lässt).

Solche Zustände bemerkt man nur noch nach profusen Hämorrhagien oder in der Reconvalescenz nach schweren Fiebern. Dazu gesellen sich verschiedene andere Erscheinungen, von Schwäche der Functionen der einzelnen Organe herrührend, als schwacher, matter Herzschlag, kraftloser, leicht zusammendrückbarer Puls, mühsame Respiration, welche sich durch Seufzen und eine gewisse gêne beim Athmen zu erkennen gibt; vorübergehende Erstickungsanfälle, Zeichen gestörter Verdauung, Appetitlosigkeit, Ekel und Erbrechen, es ist, wie wenn der Magen nicht die Kraft hätte zu verdauen; träger Stuhl, wahrscheinlich durch Atonie der Eingeweide bedingt. Was das Nervensystem anbelangt, bemerkt man gleiche Erscheinungen von Depression, verminderte Sensibilität, Schwäche der Augen, vorübergehende Verdunkelungen des Gesichtes, bisweilen Gehörschwäche, sogar beträchtlich verminderte Intelligenz; das Lesen wird mühsam, jede geistige Arbeit wird langsam und unvollkommen vollzogen, es zeigt sich Betäubung, ein gewisser Grad von Torpor, mit einem Worte, eine wahre Schwäche des Gehirns. Was das sympathische System anlangt, bemerkt man allgemeine Schweisse, wie bei den adynamischen Zuständen, dann örtliche Schweisse an den Enden der Extremitäten, welche an die Experimente von Cl. Bernard bei Durchschneidung des Sympathicus erinnern, ferner partielle Erkältung daselbst, welche ein Beweis von verminderter Zurückhaltung der

erzeugten Wärme an diesen Stellen oder von verminderter Wärmeerzeugung überhaupt ist. Das ist der Status, welchen die Asthenie veranlasst und der, wie man sieht, von dem durch Chloranämie bedingten Zustande, sich wesentlich unterscheidet. Manchmal sind diese beiden geschilderten Zustände an einem und demselben Individuum gleichzeitig bemerkbar, manchmal ist der eine oder andere, oder eine Misch-Form von beiden nur in geringem Grade ausgeprägt, oder es fehlt bald diese, bald jene Theilerscheinung, ein andermal erreichen dieselben die Höhe, welche in dem Vorhergehenden bezeichnet worden ist, und stellen bedrohliche Gesundheitsstörungen dar. In diesem letzteren Falle kann es den Anschein haben, als entwickelte sich eine Phthise, besonders wenn auch ein bischen Husten, oder zufälligerweise eine Bronchitis auftritt. Man würde aber fehlen, wenn man sich diesem Gedanken hingeben würde, denn die Syphilis allein ist hinreichend, die erwähnten Erscheinungen hervorzurufen, und es bedarf nicht erst der Phthise. Man muss ferner nicht glauben, dass die Chloranämie und die Asthenie durch die ganze Dauer des Bestehens der Syphilis vorhanden sind. Diese Störungen zeigen sich vielmehr nur einige Monate und selten einige Jahre; dann verschwinden sie, besonders unter dem Einflusse einer zweckmässigen Therapie. Aber, obschon temporär, sind sie doch wichtig genug, um die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich zu ziehen, und es fragt sich nun, wodurch eben diese syphilitische Schwäche gefährlich werden kann?

Erstens kann sie an und für sich gefährlich sein, indem sie zur Cachexie führt; doch das ist im Ganzen seltener, nur ausnahmsweise der Fall. Aber durch die indirecten Folgen können jene Chloranämie und Asthenie häufiger gefährlich werden, weil sie die Resistenz gegen krankmachende Einflüsse vermindern,¹ ihnen gewissermassen die Thür öffnen und, wenn andere Leiden bereits vorhanden sind, dieselben steigern. Man glaubt dann gewöhnlich die betreffenden Krankheiten hätten eine gewisse Malignität und es ist kein Zweifel, dass die Syphilis eine Quelle dieser Malignität, in Folge ihres Einflusses auf die Oekonomie des Organismus, ist.

Man muss sich ferner gestehen, dass auch in Folge des oben Auseinandergesetzten, nicht blos intercurrirende acute Krankheiten bei den Syphilitischen schlechter verlaufen, sondern gewisse Diathesen geradezu durch den Einfluss der Syphilis wachgerufen werden. Ein Beispiel gibt die Scrofulose. Sehr oft sieht man bei jungen, zarten, blonden Männern,

noch öfter bei Weibern von derselben Beschaffenheit, dass die Syphilis die latente Scrofulose manifest macht, z. B. Veranlassung gibt zu voluminösen und chronischen Drüsen-Anschwellungen am Halse, in der Unterkiefergegend, in den Leisten u. s. w., oder dass Entzündungen der Gelenke und Knochen scrofulösen Charakters entstehen, oder dass sich intensive maligne Scrofuloide zeigen, welche man für Syphilide hält, deren Hartnäckigkeit und weitere Entwicklung aber, um von anderen Symptomen zu schweigen, die wahre scrofulöse Natur darthun. Man hat es in einem solchen Falle mit einer Mischlingsform zu thun, einer Krankheit, von deren Vorhandensein schon Ricord gesprochen hat. Aehnliches ist der Fall bei der Tuberculose.

Betrachten wir ein junges Individuum, das durch Hæredität oder durch anderweitige Anlagen zu der Tuberculose disponirt ist. Wird sich bei demselben diese Erkrankung nicht durch Anämie, Schwäche, Verarmung der Oekonomie des Organismus, rascher entwickeln, oder wird sie nicht durch diese Einflüsse hervorgerufen werden, während sie sich *caeteris paribus* erst später, oder vielleicht gar nicht in dem betreffenden Individuum entwickelt hätte?

Dabei ist wohl zu beachten, dass die Syphilis nicht als eine gewissermassen specifische Ursache wirkt; sondern überhaupt als eine Art Depression, wie z. B. das Elend, Kerkerhaft, Kränkungen, unzureichende Nahrung, Excesse in Speise und Trank, Fatiguen, welche wir aus dem täglichen Leben als veranlassende Momente, wenn auch nicht als Ursachen der Phthisis kennen.

Man wird also schon mit Rücksicht auf den gewaltigen Einfluss, den die Syphilis auf die Oekonomie des Organismus hat, ihr in hohem Grade Aufmerksamkeit zuwenden müssen; besonders wenn zu befürchten steht, dass ihre Depressiv-Thätigkeit auf junge Individuen, namentlich auf kaum entwickelte Weiber von lymphatischer, schwacher Constitution auffallender Blässe und vorübergehender Anämie wirken könnte. Noch mehr aber wird man das Gesagte berücksichtigen müssen, wenn es sich um ein Individuum handelt, welches durch Erblichkeit oder durch andere Anlagen zur Tuberculose disponirt ist.

Was von der Scrophulose und Tuberculose gesagt wurde, gilt auch von manchen Neurosen, welche die Syphilis in überraschender Weise erweckt, und so könnten noch viele Beispiele angeführt werden, die das Wort Ricord's bestätigen: dass die Syphilis eine Erschütterung in der Oekonomie des Organismus veranlasst, welche geeignet ist,

alle Diathesen wachzurufen, alle Krankheitsanlagen zu steigern, so dass sie zum Ausgangspunkte von krankhaften Erscheinungen wird, welche von ihr wesentlich verschieden sind. Es geht aus dem Gesagten die hohe Wichtigkeit hervor, welche die Kenntniss der Syphilis für den Arzt hat.

Es geht ferner aus dem Gesagten hervor, dass man in Bezug auf die Beurtheilung des Zustandes eines von Syphilis Befallenen nicht bloß der Betrachtung dieser Diathese Rechnung tragen, sondern auch die indirecten Gefahren berücksichtigen muss, welchen sie die Kranken aussetzt. Die eigentlichen Manifestationen der Syphilis sind oft weniger ernst, als jene Gefahren; denn gegen die Syphilis haben wir Mittel, die, wenn nicht immer, doch meist helfen, während wir gegen jene indirecten Consequenzen der Syphilis in vielen Fällen machtlos sind.

II. CAPITEL.

Die Erkrankungen der Haut während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§. 44. Im Vorhergehenden ist erwähnt worden, dass während der Periode der secundären (der Frühformen der) Syphilis, auf der Haut und den Schleimhäuten gewisse Krankheitserscheinungen sich zeigen. Diese führen den Namen Syphilide.

Die Syphilide der Haut sind bei beiden Geschlechtern dieselben, sie treten zu verschiedenen Zeiten, man kann sagen, in einem jeden Zeitabschnitte des Verlaufes der Krankheit auf. Man sieht sie schon beim Beginne der sogenannten Secundärperiode, einige derselben erst viele Jahre nach dem Einzuge des Virus in den Organismus.

Dabei haben, wie bereits gesagt, diese Hauterkrankungen in den verschiedenen Zeitabschnitten nicht immer dieselbe Form und denselben Charakter, sondern sie sind sehr verschiedenartig und bezüglich ihres Auftretens, ihrer Aufeinanderfolge an eine gewisse Chronologie gebunden, wie dies bereits gleichfalls erwähnt wurde; so dass man aus dem Syphilide, welches ein Kranker an sich trägt, sich einen beiläufigen Schluss über die Dauer des Leidens erlauben kann. Die oberflächlichsten, und die zugleich meistens leichtesten zeigen sich in der ersten Zeit, die mehr in die Tiefe greifenden, schwersten, erscheinen zuletzt; und mitten innen zwischen beiden kommen Krankheits-Manifestationen zu Tage, welche, was Form und Bedeutung anlangt, auch die Mittellinie zwischen beiden halten. Während die leichteren gutartig sind und nur die Haut gewissermassen streifen, die der mittleren Periode schon tiefer eindringen, so ulceriren die im letzten Stadium auftretenden Syphilide die Haut in beträchtlicher Weise.

Daran reiht sich eine andere ebenso wichtige und charakteristische Erscheinung: Je jünger die Syphilis ist, umsomehr sind ihre Manifestationen auf der ganzen Haut ausgebreitet; je älter sie ist, desto mehr sind sie umschrieben, auf ein gewisses Gebiet der Haut beschränkt.

§. 45. Die Syphilide der Haut gehören als Krankheiten zu der Familie der Dermatonosen und unterscheiden sich von anderen ähnlichen dieser Familie auf eine im Nachstehenden auseinanderzusetzende Weise:

1. Die Syphilide sind Ausschläge, die ohne Fieber auftreten und langsam, mit einer gewissen Chronicität sich entwickeln, dadurch unterscheiden sie sich von den acuten und fieberhaften Exanthemen, welche mit Entzündungs-Erscheinungen verbunden, rasch sich entwickeln und passagère sind. Es ist wahr, dass einige Syphilide, besonders aus der ersten Zeit der Secundär-Periode sich mit einem gewissen Fieber entwickeln, aber einerseits ist das selten der Fall und andererseits unterscheidet sich dieses Fieber bedeutend von jenem Zustande, welcher z. B. die Variola oder Scarlatina begleitet. Ferner ist dieses Fieber kein integrierender Theil des ganzen Krankheitsprocesses, zum Beweise tritt es ja nur selten auf, endlich steht es auch nicht in einem bestimmten Rapporte mit der Eruption, sondern es ist unregelmässig in Bezug auf die Zeit seines Erscheinens, in Bezug auf seine Intensität, auf seine Dauer. Bald geht es dem Exantheme vorher, bald folgt es demselben, kurz es hat nichts fixes. Es ist kein immer zutreffendes Symptom und hat höchstens die Bedeutung eines interessanten Zufalles. Als Symptom aber muss die Fieberlosigkeit angesehen werden, und diese dauert während des ganzen Bestehens der Syphilide, von dem Beginne bis zum Verschwinden; und hiedurch reihen sie sich den wahrhaften Dermatonosen an, von denen man ja bekanntlich die acuten Exantheme ausschliesst. So wie jene, entwickeln sie sich langsam und chronisch, können ohne Veränderung mehrere Wochen und Monate, ja sogar, wenn sie nicht behandelt werden, Jahre lang bestehen. Die acuten fieberhaften Exantheme dagegen haben ja bekanntlich eine durch keine vorhergehende Erscheinung bedingte Entwicklung und können rasch, in vielen Fällen ephemere verlaufen.

2. Die Syphilide sind in ihrem Wesen *apruniginös*, das heisst, sie erzeugen keine abnorme Empfindung, kein Jucken des Körpers; es wäre denn, dass irgend eine Complication sich ihnen zugesellte. Daher

rührt es ja, dass die Syphilide meist unbeachtet von den Kranken entstehen und auch oft vergehen. Anders ist diess bei den ihnen ähnlichen Dermatonosen, deren wichtigstes Symptom mitunter das Jucken ist. Doch darf nicht unerwähnt bleiben, dass gewisse Syphilide an besonderen, behaarten Stellen, z. B. am Cranium, der Axilla, der Regio sternalis, der vorderen Fläche der unteren Extremitäten, Jucken verursachen; aber dieses ist leicht und vorübergehend. Manchmal gesellt sich ein leichtes Jucken der Haut zu den Syphiliden, im Momente, wo dieselben zum Ausbruche kommen; aber dieses ist immer unbedeutend. Diese beiden Zeichen, die Fieberlosigkeit und die Indolenz, sind als semiologische, als wesentlich unterscheidende anzusehen.

3. Die Syphilide sind alle der unläugbar curativen Einwirkung des Mercur unterworfen, wie eine mehr als hundertjährige Erfahrung lehrt, und das ist auch ein unterscheidendes Merkmal von den anderen Dermatonosen, welche durch Mercur nicht beeinflusst werden.

§. 46. Ausserdem gibt es noch andere Eigenschaften, welche aber nicht so hervorstechend sind, wie die bereits aufgezählten. Dahin gehören

I. Die Geneigtheit zum Polymorphismus. Die Syphilide stellen nämlich sehr oft Ausschläge dar, welche aus verschiedenartigen Efflorescenzen zusammengesetzt sind. Man findet nämlich erythematöse Flecken neben Papeln, schuppende Papeln neben Pusteln oder neben Affectionen, die zur Krustenbildung führen. Und diese Mischung der Formen nennt man Polymorphismus. Doch gilt er nur von den in der ersten Zeit der Secundär-Periode auftretenden Formen; indem die später sich zeigenden in ihren anatomischen Charakteren mehr Gleichförmigkeit besitzen. Bei den anderen Dermatonosen findet man dagegen keinen Polymorphismus, sondern fast immer nur Eine Art von Efflorescenzen. Ein Erythem z. B. bietet nur ausgebreitete Röthung dar, und keine Schuppen, keine Pusteln u. s. w. und das bemerkt man auf der ganzen Körperfläche. Bei anderen Exanthemen aber findet man höchstens während einer gewissen Periode Flecken, Papeln und Pusteln neben einander, dann aber, wenn dieser Zeitpunkt vorüber ist, nur Eine Sorte von Efflorescenzen. Also, die Buntscheckigkeit des Aussehens ist etwas, was den Syphiliden specifisch zukommt. Doch muss man bemerken, dass einerseits eine solche Buntscheckigkeit auch manchmal bei anderen Exanthemen bemerkt wird, z. B. der Krätze, während sie anderseits bei den Syphiliden nicht immer deutlich aus-

geprägt ist. Pathognomonisch ist demnach der Polymorphismus für die Syphilide nicht; aber er ist bei denselben häufiger, als bei allen anderen Dermatosen.

II. Die Syphilide haben eine specielle, nahezu pathognomonische Färbung: ein dunkles Roth oder Rothbraun, welches man mit der Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens verglichen hat (eine Bemerkung, die von Fallopius herrührt) oder eine weniger rothe Farbe, etwas gemischt mit gelb, welche Swediaur mit der Kupferfarbe verglichen hat. Man findet diese Färbung nicht immer deutlich ausgeprägt; aber ist sie vorhanden, dann wird sie ein werthvolles Symptom sein.

III. Die Syphilide haben ziemlich häufig die Tendenz, dass ihre einzelnen Efflorescenzen oder Gruppen derselben die Kreisform oder Theile der Kreisform darbieten; allein diese Eigenheit tritt noch seltener auf, als der Polymorphismus und die specifische Farbe und man bemerkt auch bei vielen anderen Dermatosen diese Geneigtheit ihre Efflorescenzen in Kreisform zu gruppieren, z. B. beim Herpes. Doch muss zugegeben werden, dass die Kreisform bei den Syphiliden häufig auftritt und mehr regelmässig als bei allen Affectionen der Haut.

Die Syphilide können in ihrem Aussehen alle Hautkrankheiten nachahmen, weshalb man die Benennung der Syphilide theilweise der Nomenclatur der Hautkrankheiten entlehnte.

§. 47. Um eine Uebersicht der Syphilide zu erlangen, hat derselbe Fournier in acht Gruppen (Gattungen) getheilt, und bei der Benennung derselben auf die Benennung ähnlicher nicht syphilitischer Krankheiten Rücksicht genommen.

Diese Gruppen (Gattungen) sind:

I. Gattung: **Erythematöse Syphilide** (3 Arten).

1. Roseola,
2. Roseola urticata,
3. Roseola circinata.

II. Gattung: **Papulöse Syphilide** (4 Arten).

1. Das papulöse Syphilid, stricte sic dictum,
2. papulo-squamöses,
3. papulo-crustöses,
4. papulo-erosives Syphilid.

III. Gattung: **Squamöse Syphilide.**

IV. Gattung: **Vesiculöse Syphilide** (*Herpes syphiliticus*).

V. Gattung: **Pustulo-crustöse Syphilide** (3 Arten).

1. Acne-ähnliche,

2. impetiginöse,

3. ecthymatöse Syphilide.

VI. Gattung: **Bullöse Syphilide** (2 Arten).

1. Pemphigus,

2. Rupia.

VII. Gattung: **Maculöse oder pigmentäre Syphilide.**

VIII. Gattung: **Gummöse Syphilide** (*Gummata der Haut*).

Die letzte Gattung gehört schon der Tertiär-Periode (der Periode der Spätformen) an.

§. 48. I. Gattung: erythematöse Syphilide. Die hierher gehörigen Exantheme zeigen nicht vorspringende Flecke ohne Schuppenbildung, ohne Emporhebung der Epidermis und ohne sinnfällige Erkrankung des unterliegenden Derma.

1. Die erste Art der erythematösen Syphilide ist die Roseola. Sie ist die gewöhnlichste syphilitische Hautkrankheit, so dass es nur wenige syphilitische Patienten gibt, welche nicht mit ihr behaftet gewesen wären, nur bei manchen, mit äusserst günstigem Erfolge frühzeitig Behandelten kann sie fehlen. Sie ist auch die erste in der Reihe der syphilitischen Hautkrankheiten und zeigt sich ungefähr in der 6. bis 8. Woche nach der Entwicklung des „Schankers“. Doch kann sie auch später auftreten; sogar erst im zweiten Jahre nach stattgefundener Infection ist sie schon bemerkt worden, wenn eben eine erfolgreiche Behandlung, nachdem der „Schanker“ sich gezeigt, eingeleitet wurde. Doch je später (von dem Zeitpunkte an gerechnet, welcher für ihre Entwicklung der normale ist) sie beobachtet wird, desto mehr ist sie in ihrer Form alterirt.

Sie besteht aus mehr oder weniger confluirenden und disseminirten, erythematösen Flecken, welche nicht vorspringen, keine Schuppen haben und ohne weitere wahrnehmbare Veränderung der Epidermis oder des Derma sich entwickeln. Diese Flecke sind wie mit einem Pinsel auf die Haut gestrichen, von Linsen- bis Kreuzergrösse und darüber, selten umfangreicher, die Fälle natürlich ausgenommen, wo

mehrere nahe bei einander sitzen und zu einem grösseren Plaque zusammenfliessen. Ihre Gestalt bietet nichts Specielles: In der Regel sind sie rund, manchmal ovalär, eliptisch, in die Länge gezogen, mit gezackten Rändern versehen, etc. Ihre Farbe ist je nach ihrem Alter verschieden. Bald nach ihrer Entwicklung sind sie von einem zarten Roth, später sind sie dunkler, noch später, gegen das Ende ihres Bestehens fangen sie an, einen Stich ins gelbliche zu bekommen. Parallel mit diesen Farbenveränderungen geht auch die Eigenschaft einher, anfangs auf Fingerdruck momentan zu verschwinden, und beim Nachlassen des Druckes wiederzukehren, später nur unvollkommen demselben zu weichen, und gegen das Ende ihres Bestehens zu, übt der Fingerdruck diesen Einfluss nicht.

Die Flecke der Roseola sind absolut indolent und weder mit Hitze noch mit Pruritus verbunden; ihr Vorhandensein bleibt deshalb auch oft dem Patienten verborgen, und der wegen irgend eines anderen Umstandes consultirte Arzt macht den Kranken häufig erst auf das Exanthem aufmerksam. Ihre Vertheilung über die Oberfläche des Körpers ist eine zufällige. Selten sind sie in Kreisen oder Kreis-Segmenten aneinander gereiht und man kann sagen, dass die Roseola eines von jenen Syphiliden ist, welche eine geringe Tendenz haben, die Kreisform anzunehmen. In Bezug auf das Zusammenfliessen der Efflorescenzen verhält sich das Exanthem äusserst verschieden.

Wenn der Kranke zeitlich einer wirksamen mercuriellen Behandlung unterworfen worden ist, so findet man nur eine kleine Zahl von Flecken; fast immer sind sie jedoch so reichlich vorhanden, um der Haut ein getigertes Aussehen zu geben, indem zwischen ihnen beträchtliche Antheile gesunden Integuments gewissermassen ausgespart bleiben. Bisweilen sind sie so zahlreich und dicht gedrängt, dass einzelne Gegenden wie ein Sieb ausschauen.

Ihre Lieblingsstellen sind die Flanken und die Seitentheile des Körpers, der Abdomen, die Brust und der Rücken. An den zwei erstgenannten treten sie gewöhnlich gleich anfangs auf; sie kommen auch an den Extremitäten häufig vor, besonders an den Beugeflächen, selten aber sind sie im Gesichte mit Ausnahme der Stirn, nahe an der Grenze der behaarten Kopfhaut, und nur ganz ausnahmsweise kommen sie an den Händen vor.

Die Diagnose ist sehr leicht und die Roseola syphilitica könnte nur mit einer Roseola vulgaris oder einem Erythema balsamicum,

welches nach Gebrauch von Copaiva und Cubeben entsteht; endlich mit den Masern verwechselt werden.

Die Differential-Diagnose ist im Allgemeinen sehr leicht. Von den Masern unterscheiden sich die Roseola-Efflorescenzen schon dadurch, dass jene mit Fieber auftreten, während Fieber zum syphilitischen Exanthem sich nicht oder nur in geringerem Grade gesellt, ferner dauert das Prodromal-Fieber der Masern 3--4 Tage, und das Exanthem der Morbillen überfällt zuerst das Gesicht, dann die anderen Theile. Bekanntlich sind die Masern eingeleitet von, und vergesellschaftet mit gewissen katarrhalischen Zuständen, z. B. Katarrh der Nase, der Augen, des Kehlkopfes, der Bronchien u. s. w.

Von der gewöhnlichen Roseola ist die Roseola syphilitica in folgender synoptisch dargestellter Weise verschieden.

Syphilitische Roseola.	Einfache Roseola.
1. Fieberlose Erkrankung von Ausnahmefällen abgesehen.	1. Eine Erkrankung, die sehr oft von bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens begleitet ist, z. B. Fieber, Appetitlosigkeit, Saburra, Durst, Uebelbefinden, Kopfschmerz u. s. w.
2. Kein Jucken vorhanden.	2. Sehr häufig Jucken vorhanden.
3. Dauer von wenigstens mehreren Wochen.	3. Kurze, ephemere Dauer.
4. Kurz vorher gehen die syphilitischen Initial - Symptome (der „Schanker“, der syphilitische Bubo).	4. Keine Vorläufer, die auf Syphilis deuten.
5. Auftreten anderweitiger Secundär - Symptome, als: Krusten der behaarten Kopfhaut, Halsdrüsen-Schwellung, abendlicher Kopfschmerz, Syphilide der Schleimhaut u. s. w.	5. Keine anderen Symptome von Syphilis.

Der Unterschied zwischen der Roseola balsamica und Roseola syphilitica ist in folgender Synopsis ersichtlich:

Syphilitische Roseola.

1. Die Erkrankung tritt ohne Jucken auf.
2. Die Efflorescenzen sind hellroth.
3. Die Efflorescenzen haben keine Centren, um die sie sich besonders gruppieren.
4. Die Efflorescenzen haben eine gewisse Dauer, manchmal von mehreren Wochen.
5. Die Efflorescenzen kommen nach einer syphilitischen Infection und nicht nach dem Genusse eines Medicamentes.

Balsamische Roseola.

1. Die Erkrankung erzeugt ein leichtes, manchmal ein sehr lästiges Jucken.
2. Die Efflorescenzen sind dunkelroth.
3. Die Eruptionen haben Centren, um die sie sich besonders gruppieren, welche namentlich auch an der Streckseite der Gelenke sitzen, also an den Knien, Ellbogen, Rückenfläche der Hand und des Fusses.
4. Die Efflorescenzen haben nur eine kurze Dauer, verschwinden nach mehreren Tagen.
5. Die Efflorescenzen kommen immer nur, wenn Copaiva, Cubeben oder ein anderes Balsamicum eingenommen worden ist.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Roseola, wie schon wiederholt gesagt, unbemerkt, ohne Störung des Allgemeinbefindens. Nur manchmal tritt ein leichtes Fieber von mehrtägiger Dauer auf.

Gleichzeitig mit der Roseola zeigen sich gewöhnlich, besonders wenn sie in den ersten Wochen der Infection auftritt, anderweitige Erscheinungen der Secundär-Periode, die aber nur im Nexus der Gleichzeitigkeit stehen, als: Allgemeine Abgeschlagenheit, abendlicher Kopfschmerz, herumziehende Schmerzen in den Gliedern, acneähnliche Krusten der behaarten Kopfhaut, Angina faucium etc.

Die Roseola entsteht langsam und breitet sich allmähig aus, im Gegensatze zu den ähnlichen fieberhaften Exanthemen, welche innerhalb 24 bis 48 Stunden vollkommen entwickelt sind. Anfangs sind nur einige Flecke vorhanden, jeden folgenden Tag kommen zu diesen immer mehr, so dass meist eine Woche vergeht, bis kein weiterer Nachschub mehr auftritt. Die einmal gegebene Form behalten die Efflorescenzen kürzere oder längere Zeit, ohne dass sie sich weiter verändern. Bisweilen bemerkt man, dass sie besonders bei längerer Dauer, eine

gewisse Unebenheit der Oberfläche besitzen; sie sind dann mit kleinen miliären Vorsprüngen besetzt, welche von Haaren durchbrochen und wahrscheinlich nichts als vergrösserte Haarfollikel sind. Man rechnet auf einen Fleck 5—10 solcher Vorsprünge im Mittel, bisweilen auch mehr. Diese Form der Roseola nennt man *Roseola granulosa*. Sie ist für den Practiker nicht weiter von Interesse. Wenn die Roseola behandelt wird, blasst sie ab und verschwindet rasch. Wird sie aber nicht behandelt, so besteht sie mehrere Wochen, bisweilen mehrere Monate, wird dabei immer dunkler und es gesellen sich zu ihr meist anders geartete Efflorescenzen. Man hat dann keine Roseola, sondern ein polymorphes, an einzelnen Stellen erythematöses, an anderen papulöses Syphilid vor sich.

Bisweilen verschwindet jedoch die Roseola auch ohne therapeutische Eingriffe, ohne sich mit anderen Exanthemen zu compliciren, welche ihr aber später entweder auf der Haut oder auf der Schleimhaut folgen. Ist sie geschwunden, bleibt keine Spur von ihr zurück. Sie kann recidiviren, thut diess aber immer nur nach einem ziemlich langen Zeitraume. Dies ist besonders der Fall, wenn eine Therapie platzgegriffen hat, welche hinreichte, die Diathese zu verringern, so dass schwerere Formen nicht auftraten, die aber nicht stark genug war, die Dyscrasie ganz zu beseitigen.

Recidivirt die Roseola, so tritt sie entweder in derselben Form auf wie früher, nur gewöhnlich nicht so zusammenfliessend, oder sie bietet ein von dem ersten Exantheme verschiedenes Aussehen.

Gewöhnlich sind die Flecken der Recidive weniger zahlreich, grösser und blässer.

Was die Grösse anlangt, so hat man Efflorescenzen von der Grösse eines Kreuzers und darüber gesehen. Zufolge ihrer Blässe und zufolge des Umstandes, dass sie manchmal nicht deutlich circumscribirt sind, ist es schwerer, sie zu sehen. Kommt demnach ein Kranker, dessen Antecedentien unbekannt sind, mit einem Exantheme von der Beschaffenheit des eben geschilderten zur Beobachtung, so kann man mit Bestimmtheit auf eine vor längerer Zeit stattgefundene Infection schliessen. Denn diese Art von Exanthemen gehört schon zu den später auftretenden. Einzelne Forscher behaupten, eine solche Roseola sei gewissermassen eine durch Mercur modificirte; doch liegt kein stichhältiger Grund für diese Annahme vor.

Die zweite Art ist die *Roseola urticata*.

Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden nur dadurch, dass ihre Efflorescenzen über das Hautniveau etwas erhaben sind, so dass sie nicht bloß mit dem Gesichte, sondern auch durch den Tastsinn wahrgenommen werden können. Sie hat Aehnlichkeit mit den durch die Nessel veranlassten Efflorescenzen. Andere Autoren bezeichnen sie als *Erythema papulatum*, *Roseola papulata*. Bisweilen sind gleichzeitig erythematöse Flecken vorhanden, mit denen die der *Roseola urticata* die pathologische Bedeutung theilen.

Von der gewöhnlichen *Urticaria* unterscheiden sie sich hinreichend dadurch, dass die Efflorescenzen der letzteren Jucken verursachen, von kürzerer Dauer sind, eine eigenthümliche Färbung, eine gewisse Resistenz u. s. w. haben.

Dritte Art: *Roseola circinata*.

Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden dadurch, dass sie ziemlich spät in der Periode der Frühformen auftritt — gegen Ende des ersten Jahres, und manchmal noch später, im dritten Jahre, aber nur bei Individuen, welche einer Behandlung unterworfen waren. Ferner bilden ihre rothen mehr oder weniger vorspringenden Flecke vollkommene Kreise oder Kreis-Segmente, die dann zu verschiedenen Figuren: Achtern, Guirlanden u. s. w. zusammenfließen. Am häufigsten sind die ringförmigen, halbringförmigen, ovalären und elliptischen. Die Fläche, welche sie umgrenzen, lässt sich mit einem Kreuzer oder höchstens mit einem Groschen bedecken.

Die Syphilide dieser Art sind ziemlich persistent, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Sie sind zur Recidive sehr geneigt, obgleich sie sehr leicht auf Mercurgebrauch schwinden. Aber manchmal kehren sie trotz aller Behandlung so häufig wieder, dass es oft unmöglich scheint, den Kranken vollständig von ihnen zu befreien. Durch ihre Kreisform haben sie eine wichtige semiologische Bedeutung, denn ein rein annuläres Erythem, ohne gleichzeitige Schuppen oder Papelnbildung und ohne gleichzeitige Anwesenheit von Parasiten, findet sich nur bei Syphilitischen als unfehlbares Zeichen von stattgefundener Infection.

§. 49. 2. Gattung. Papulöse Syphilide.

Diese Gruppe ist die wichtigste von allen; denn sie hat die meisten Arten, und diese Arten wiederum kommen am häufigsten unter allen Syphiliden, namentlich bei Weibern vor. Allen hieher gehörigen Exanthemen eigenthümlich ist die Papel, das ist (nach Willan) eine

kleine, solide und resistente Erhabenheit der Haut, welche kein Liquidum enthält und an ihrer Spitze sich erodiren kann, aber immer entweder durch Erosion oder Abschuppung endet. Im anatomischen Sinne ist die Papel eine trockene Infiltration der Haut, ein umschriebenes, interstitielles Neoplasma des Corion. Die weiteren Modificationen, welche dieses Gebilde eingehen kann, bedingen nur äusserliche, aber keine wesentlichen Unterschiede, und auf diese Unterschiede basirt folgende Eintheilung der Gattung in 4 Arten: 1. Bleibt die Papel unverändert, so heisst das Exanthem das papulöse Syphilid, stricte sic dictum; 2. schuppt sie sich an ihrer Oberfläche ab, so nennt man es papulo-squamöses Syphilid; 3. wird sie an ihrer Oberfläche wund, excoriirt sie sich, so stellt sie das feuchte papulöse Syphilid oder das papulo-erosive Syphilid dar. 4. Wenn sich die Papel mit einer Kruste bedeckt, so hat man das papulo-crustöse Syphilid vor sich. Das letztere ist von den verschiedenen Autoren entweder mit dem papulo-erosiven oder mit dem pustulo-crustösen Syphilide zusammengeworfen worden. Wegen seiner Wichtigkeit aber wurde ihm in der vorliegenden Classification ein besonderer Platz eingeräumt.

I. und II. Art. Das papulöse Syphilid, stricte sic dictum, und das papulo-squamöse Syphilid.

Diese beiden Arten wurden vereinigt, weil sie von einander nur durch eine geringe Nuance verschieden sind und sehr oft an demselben Individuum gleichzeitig nebeneinander vorkommen. Es ist bereits erwähnt worden, wodurch sie sich unterscheiden, und dieser Unterschied ist eigentlich nur ein Altersunterschied, weil das papulöse Syphilid, stricte sic dictum, die Tendenz hat, rasch in ein squamöses überzugehen. Doch kann es auch geschehen, dass das eigentlich papulöse längere Zeit isolirt besteht. Diese letztere Art hat 3 Unterarten:

1. Das papulo-granulöse Syphilid, durch kleine Eruptionen gekennzeichnet. 2. Das lenticuläre oder numuläre papulöse Syphilid, charakterisirt durch grosse Papeln. 3. Endlich die Papulae gyratae, per totam cutem dispersae, ein Syphilid, bei welchem die Efflorescenzen nicht isolirt, sondern in Gruppen beisammen vorkommen, die einen Gyrus bilden.

1. Unterart: Das papulo-granulöse Syphilid (von einigen Autoren mit dem Namen des miliär-papulösen, chronisch-papulösen, lichenoiden Syphilides, des lichen syphiliticus belegt), ist ein frühzeitiges Exanthem, welches bisweilen im Beginne der Secundärperiode,

immer aber in den ersten Monaten nach stattgefundener Infection auftritt. Es besteht aus disseminirten, kleinen Papeln, welche feste, runde, durch das Gesicht und den Tastsinn wahrnehmbare, stecknadelkopf- oder kleinlinsengrosse Eruptionen darstellen. Man hat bei der Betastung das Gefühl, als ob Hirsekörner in die Haut geschossen worden und dort haften geblieben wären. Sie sind im Beginne roth, später dunkler, zuweilen wie der frisch angeschnittene Schinken, und seltener wie kupferfarben. In Bezug auf ihr Vorkommen an keine bestimmte Stelle des Körpers gebunden, gruppiren sie sich nur ausnahmsweise in Kreisen oder Halbkreisen. In ihrem Beginne sind sie immer intact, mit gesunder Epidermis bedeckt. Bisweilen bestehen sie längere Zeit unter dieser Form fort, meistens aber haben sie die Tendenz, sich abzuschuppen. In diesem Falle bieten sie folgendes Aussehen: Die noch nicht losgestossenen Epidermisschollen bilden an der Oberfläche der Papeln weisse, zarte, feine Schuppen; oder die Epidermis ist vollkommen an der Oberfläche beseitigt und die Papel erscheint wie lackirt. Der Umfang der Papel ist dann mit einem weissen Hofe, wie mit einem Halskragen umgeben, der durch Loshebung der Epidermis ringsum und Abstossung des mittleren Antheiles der losgehobenen Epidermis entstanden ist. Man hat diesem Vorkommniss früher eine wichtige diagnostische Bedeutung beigelegt, weil man irrthümlicherweise der Ansicht war, es käme nur ausschliesslich der syphilitischen Papel zu. — Alle Papeln, welche sich gleichzeitig an einem Individuum finden, haben nicht gleiche Entwicklung, sie haben nicht dieselbe Grösse, weil sie nicht von gleichem Alter sind, da sich sehr oft die einen früher, die anderen später entwickeln.

Wenn das papulo-granulöse Syphilid sich selbst überlassen bleibt, so besteht es meist mehrere Monate; wird es aber behandelt, so schwindet es gewöhnlich in einigen Wochen. Wenn es sich zu verschwinden anschickt, so beginnen die Papeln einzusinken, entledigen sich ihrer schuppigen Bekleidung, verlieren ihre Resistenz und allmählig auch durch Resorption ihr Volumen. Mit einem Worte: sie atrophiren und gehen in Flecke über. Diese Flecke haben eine dunkelbraune Farbe, bestehen eine gewisse Zeit, dann blassen sie ab und verschwinden allmählig.

2. Unterart: Das lenticulär- oder numulär-papulöse Syphilid. (Synonyme Bezeichnungen: Das platte papulöse, das platte tuberculöse Syphilid, das grosse papulöse, das papulo-tuberculöse, das

papulös-lenticuläre, das squamöse, das squamös-lenticuläre Syphilid.) Dieses Syphilid ist viel häufiger (besonders bei Frauen), als das vorhergehende, und unterscheidet sich von demselben nur durch die Grösse der Efflorescenzen, welche von Linsengrösse bis zur Grösse einer kleinen Münze vorkommen. Die Efflorescenzen sind ferner scheibenförmig und etwas über das gesunde Gewebe erhaben. Ihre Gestalt ist von Wichtigkeit, weil von semiologischer Bedeutung. Sie sind nämlich regelmässig kreisförmig, wie abgezirkelt. Nirgends zeigt sich die Tendenz der Syphilide zur Kreisform deutlicher als hier; ausnahmsweise kommen auch unregelmässige Gestalten vor; als unregelmässig abgerundete, ovaläre, nach einer Richtung hin verlängerte Efflorescenzen, bisweilen solche, die keine geometrische Figur haben. Ihre Oberfläche ist immer trocken und viel häufiger ohne Epithel als schuppig. Die Epidermis löst sich bald los, ohne sich aber immer auf den afficirten Stellen wieder zu erneuern, und ohne einen permanenten schuppigen Beleg wie bei Psoriasis vulgaris zu bilden, worauf schon Cazenave als auf ein wichtiges unterscheidendes Merkmal zwischen dem hier abgehandelten Exanthem und der Psoriasis vulgaris aufmerksam gemacht hat.

Werden diese Efflorescenzen der Epidermis beraubt, so zeigen sie sich dunkelrothbraun in den charakteristischen, mehrfach erwähnten Nuancen. Hier findet man die eigentliche Schinken- und Kupferfarbe, von denen die Syphilidologen so oft sprechen. Je grösser die Papeln sind, desto kleiner ist die Zahl derselben; es ist dies übrigens ein für die Syphilide ziemlich allgemein giltiges Gesetz, dass die Anzahl der Efflorescenzen im verkehrten Verhältnisse zur Grösse derselben steht, so dass z. B. die eigentliche numuläre Form sich häufig auf nur wenige Efflorescenzen beschränkt. Wohl zu bemerken ist, dass auch die hier abgehandelten Exantheme, wie das bereits ausgeführt worden ist, aus gleichzeitig vorhandenen Efflorescenzen von ungleicher Grösse bestehen, so findet man die granuläre, die lenticuläre und numuläre Form häufig nebeneinander.

Obwohl das hier besprochene Syphilid am ganzen Körper vorkommen kann, so hat es doch einige Prädilections-Stellen: 1. den Nacken und die Regio occipitalis, besonders bei Weibern. Manche Kranke haben nur in der angegebenen Gegend und sonst nirgends einige Efflorescenzen. Daraus ergibt sich, dass man eine Frau, welche der Syphilis, und zwar der ziemlich recenten Syphi-

lis verdächtig ist, immer am Nacken zu untersuchen hat, an der Grenze der behaarten Kopfhaut und in der Nachbarschaft (jenseits und diesseits) von dieser Grenze. Denn wenn sich an einer Kranken Papeln finden, so sitzen sie meistens hier. 2. Die Stirne und die Regio temporo-frontalis der behaarten Kopfhaut. An der ersteren führt die Eruption den Namen Corona veneris. Doch begrenzt sich das Auftreten der Efflorescenzen, wie man aus der Bezeichnung Corona veneris vermuthen sollte, nicht an der behaarten Kopfhaut, sondern sie zeigen sich auch um die Circumferenz der Calvaria. 3. Findet man häufig diese Efflorescenzen im Gesichte in der Gegend der Nasenflügel, der Kinnfurche, der Mundwinkel, des Halses, der Kniekehle, der Ellbogenbeuge, an der oberen inneren Fläche der Schenkel, besonders bei Weibern in der Crenula ani.

Was die Entwicklung anlangt, so ist sie von der anderer Syphilide nicht verschieden. Haben die Efflorescenzen ihren Höhepunkt erreicht, so bestehen sie einige Zeit, manchmal einige Monate unverändert, dann flachen sie sich ab, sinken ein, atrophiren, die Epidermis an ihrer Oberfläche bildet sich wieder, endlich werden sie zu seichten, graubraunen Flecken, die gleichfalls mehrere Wochen oder Monate bestehen und spurlos, ohne Narben zurückzulassen, schwinden.

Dieses Exanthem recidivirt sehr oft und ist dann gewöhnlich mit noch wenigeren Efflorescenzen ausgestattet als vordem.

3. Unterart: Das papulöse Syphilid in gyris.

Dieses unterscheidet sich von dem vorhergehenden nur dadurch, dass die Efflorescenzen nicht isolirt, sondern wie bereits ausgeführt wurde, in Gruppen beisammenstehen, wodurch Gyri zu Stande kommen. Diese Gruppen sind mehr oder weniger gross, von 2—6 Centimetern und auch noch grösserem Umfange. Bisweilen nehmen sie eine ganze Körpergegend ein.

Von diesen angeführten Primordialformen gibt es einige verschiedene Varietäten:

I. Eine Varietät kommt dadurch zu Stande, dass die gewöhnlich geringfügige Schuppenbildung sehr reichlich ist. Die Papeln sind dann mit weissen oder grauen Epidermis-Lamellen bedeckt, welche rasch abfallen, und vor dem Abfallen derselben haben die Efflorescenzen eine grosse Aehnlichkeit mit jenen der Psoriasis vulgaris; daher der Name Psoriasis syphilitica oder psoriasisähnliches, papulöses Syphilid.

Bisweilen ist die Aehnlichkeit zwischen der syphilitischen und vulgären Psoriasis so gross, dass sie sehr leicht miteinander verwechselt werden können. Aus diesem Grunde sind die Differentialpunkte beider in folgender Synopsis nebeneinander dargestellt.

Psoriasis syphilitica per totam cutem dispersa.

1. Die Oberfläche der einzelnen Papeln ist fast immer unvollständig mit Schuppen bedeckt und zum Theile entblösst. Manchmal ist nur ein Kranz von Schuppen in der Umgebung der Papeln vorhanden.
2. Die Schuppen sind zart, dünn, klein, oberflächlich graulich.
3. Die Papeln sind vorspringend, in ihrem von Schuppen entblössten Antheile dunkelroth (Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens, kupferfarbig).
4. Die Haut ist mehr resistent im Umfange der Papel. Bisweilen hat man an der Oberfläche das Gefühl einer Resistenz wie bei dem „Pergament-Schanker“.
5. Die Papeln sind gewöhnlich klein oder von mittlerer Grösse, oft rund, kreisförmig, oder eine Reihe von Kreissegmenten bildend.
6. Keine charakteristische Localisation, ausgenommen ist Psoriasis palmaris und plantaris.

Psoriasis vulgaris.

1. Die Oberfläche der Efflorescenzen ist viel vollständiger mit Schuppen bedeckt, als bei dem ähnlichen syphilitischen Exantheme. Sehr oft ist die ganze Efflorescenz mit Schuppen bedeckt.
2. Die Schuppen sind gross, dachziegelförmig übereinander gelagert und bilden einen lamellosen Ueberzug über die Efflorescenzen, eine Art Epidermidalschild. Die Schuppen sind weiss und perlmutterähnlich.
3. Die Farbe ist weniger dunkelroth in dem von den Schuppen entblössten Antheile.
4. Die Haut ist mehr verdichtet als resistent im Umfange der Efflorescenz.
5. Die Efflorescenzen sind bisweilen klein (Psoriasis punctata), aber oft grosse und ausgedehnte Gyri bildend.
6. Charakteristische Localisation am Ellbogen und am Knie auf der Streckseite.

- | | |
|--|--|
| 7. Kurze Dauer gegenüber der Psoriasis vulgaris.
8. Gewöhnlich schnelle Umwandlung unter Einfluss des Mercur.
9. Syphilitische Antecedentien, bisweilen noch andere Symptome von Syphilis vorhanden. | 7. Chronische Dauer.
8. Mercur übt keinen Einfluss.
9. Keine syphilitischen Antecedentien und keine anderweitigen Symptome von Syphilis vorhanden; es wäre denn, dass Psoriasis syphilitica und vulgaris gleichzeitig an einem Individuum vorkommen. |
|--|--|

II. Findet man bisweilen so stark entwickelte Efflorescenzen, dass dieselben wie in die Haut eingebettete Linsen erscheinen, so resistent sind sie. Es ist ganz dieselbe Wahrnehmung wie beim „Pergament-Schanker“. In anderen Fällen ist die Papel so sehr verjüngt, dass man sie beim Tasten nicht wahrnimmt.

III. In Bezug auf die Configuration gibt es solche hieher gehörige Exantheme, bei denen die einzelnen Efflorescenzen, welche Gruppen bilden, gleichmässig vorspringen, und dann gibt es wieder Exantheme, bei denen die einzelnen Gruppen von Efflorescenzen im Centrum schüsselförmig vertieft sind. Die Papel hat im letzteren Falle zweierlei Farben, während der mehr periphere, grössere Theil eine Normalfarbe hat, ist das Centrum dunkel- oder schwarzbraun.

IV. Oft bilden die Papeln Gruppen, welche die Kreisform oder Derivate der Kreisform darstellen.

V. Wenn die Papel auf einer Hautfalte sitzt, so spaltet sie sich sehr oft im Niveau dieser Falte und wird da zu einer erodirten Furche, zu einer Schrunde, zu einer Spalte, welche etwas Secret absondert, oder sich mit kleinen Krusten bedeckt. Dies bemerkt man gewöhnlich an den Mundwinkeln, Nasenflügeln, der Kinnfurche, der Anlagerungsstelle der Ohrmuschel an die Haut des Schädels u. s. w. Daneben kommt noch ein anderes differentes, aber für die Diagnose äusserst interessantes, pathologisches Produkt vor; in der Gegend der Nasenflügel findet man nämlich auf den übrigens mehr oder weniger deutlich entwickelten Papeln eine Reihe körnchengleicher, kleiner, warzenförmiger, papillärer Erhebungen. Die fast mikroskopischen Vegetationen dieser Art sind trocken, grau, schuppig und scheinen durch eine papilläre Hypertrophie zu entstehen, deren Produkte mit Epidermidal-

schollen bedeckt sind. Diese Wucherungen auf papulösem Grunde kommen nur der Syphilis zu. Sie sind dadurch, ob schon an und für sich geringfügig, sehr wichtig für die Diagnose. Man hat diesen Efflorescenzen den eigenen Namen gegeben: das granulöse Syphilid der Nasenflügel, wiewohl es nicht ausschliesslich an den Nasenflügeln vorkommt, sondern auch in der Kinnfurche, in der Auriculo-temporal-Falte zu finden ist.

§ 50. Die häufigste und wichtigste Varietät der im Vorhergehenden geschilderten Exantheme ist die Psoriasis palmaris und plantaris. Ein typischer Fall dieser Erkrankung bietet folgendes Aussehen: Auf der Hohlhand oder der Beugefläche der Finger, besonders in der Gegend der Gelenksfalten bilden sich anfangs kleine, rosenrothe, später tiefer rothe, stecknadelkopfgrosse Flecke. Sie vergrössern sich allmählig bis zum Umfange einer Linse und werden leicht vorspringend. Man erkennt sie viel leichter durch das Getaste als durch das Gesicht als Papeln. Unter dem Fingerdrucke bieten sie nämlich eine gewisse Resistenz und geben die Empfindung, wie von einer umschriebenen Verdichtung des Derma. Manchmal sind sie so hart, dass es den Anschein hat, als ob Schrotkörner in die Haut eingeschossen worden wären. Ueber diesen Papeln hebt sich dann später die Epidermis ab, sie erneuert sich, stösst sich aber bald wieder ab, so dass die Oberfläche der Efflorescenz ganz von Epidermis entblösst, dunkelroth erscheint und zum Theile mit losgestossenen Epidermidalschollen bedeckt ist. In der Umgebung der Papeln findet sich ringsum eine von Schuppen gebildete Leiste, welche von dem Bersten der Epidermis herrührt. Wenn die Erkrankung das Höhestadium ihrer Entwicklung erreicht hat, finden sich zahlreiche solche linsengrosse und über linsengrosse, gewöhnlich runde, mehr oder weniger resistente, kaum vorspringende, häufig sogar flache, trockene, runzelige Efflorescenzen, welche immer von einem Saume abgehobener, weisser Epidermisschuppen umgeben sind. Wenn sie nur unvollständig mit Epidermidalschuppen bedeckt sind, kann man die eigenthümliche Färbung der Efflorescenzen sehen. Dieselbe variirt von dunkelroth bis zu blassroth. In der oberflächlichsten und gutartigsten Form der Affection ist die Farbe grauroth. Da kann man die vorhandene Normalfurche der Haut mit einem gypsartigen Belege wie schraffirt sehen. Das sind die typischen Fälle, welche mannigfach modificirt sein können.

Die Modificationen sind folgende: Anstatt, dass sich linsenförmige,

isolirte Efflorescenzen entwickeln, zeigen sich bisweilen grosse, unregelmässige Plaques von 2—4 Centimeter Länge und verschiedener Breite, welche gewöhnlich den Richtungen der Palmarfurchen entsprechen. Diese Plaques sind trocken, vollständig der Epidermis beraubt, rauh, stellenweise mit Schuppen bedeckt und dunkelroth; in gewissen, ziemlich seltenen Fällen sieht man die Handteller in grösserer Ausdehnung, manchmal vollständig mit Plaques dieser Art bedeckt. Diese Varietät nennt man *Psoriasis palmaris in gyris*.

Bei der *Psoriasis palmaris*, welche man ganz mit Unrecht als eine *Psoriasis* bezeichnet, denn sie hat nur eine sehr entfernte Aehnlichkeit, und auch diese nur während eines gewissen Stadiums, mit der *Psoriasis vulgaris*, bieten die Papeln dem Getaste eine gewisse Resistenz, welche von dem in die Haut eingelagerten Neoplasma herrührt. Manchmal hat man das Gefühl, als ob die Einlagerungen nur Kartenblattdicke hätten, manchmal aber hat man die Wahrnehmung, als würde man ein Hühnerauge betasten; daher für einzelne Fälle die Bezeichnung *Psoriasis palmaris cornea*. Die besondere Härte, welche in derartigen Fällen wahrzunehmen ist, rührt einerseits von Infiltrationen in die Haut her und andererseits von übermässigen Epidermidal-Wucherungen, deren Ergebnisse sich schichtweise über den Efflorescenzen ablagern und daselbst ein resistentes Schild bilden. An und für sich ist die *Psoriasis palmaris* nicht schmerzhaft, kann es aber unter gewissen, mit ihr nur im Nexus der Coincidenz stehenden Bedingungen werden. Dies ist besonders der Fall bei Leuten, welche ein Handwerk treiben, in Folge dessen sie schwielige Hände bekommen, in deren Spalten die Efflorescenzen der *Psoriasis palmaris* und *plantaris* ebenso wie in der Gegend der Handfurchen und Gelenksfalten rissig werden. Es entstehen da Schrunden, welche durch immerwährende Bewegungen sich infiltriren, deren Ränder erhaben werden, die sich ausbreiten, vertiefen, sich schliessen, wieder öffnen, mit einem dichten, hornigen Epidermidal-Lager bedecken oder umgrenzen, und endlich in, die Kranken in ihren Bewegungen genirende, oft äusserst schmerzhaftes Geschwüre ausarten.

An den Füßen zeigt sich die Erkrankung mit folgenden Eigenthümlichkeiten: Sie sitzt da meist in der Mitte der Fusssohlen, manchmal auch in der Gegend der Zehen, seltener an der Ferse. Ihre Plaques bleiben immer einfache Flecke, welche man wegen des dichten Epidermidal-Lagers nicht immer deutlich wahrnehmen kann. Sie sind

weniger roth, wenigstens viel blässer als die gleichartigen Efflorescenzen der Hohlhand; kupferfarbig sind sie meist nur am inneren Fussrande. Die Abstossung der Epidermis erfolgt im Ganzen in viel dichteren Fetzen als an der Hand, was ja natürlich ist, da hier von Haus aus dichtere Epidermidal-Lager vorkommen. Die oben geschilderten Schrunken und Gruben sind hier nicht häufig, was erklärlich ist, weil, hier die anatomische Vorbedingung zur Bildung derselben, die Hautfurchen, nicht immer deutlich ausgeprägt sind. Deshalb sind diese Gruben dagegen fast immer vorhanden, wenn die Beugefläche der Zehen ergriffen ist. Endlich wird in der Gegend der Zehen die schuppige Psoriasis sehr oft zu einem Exantheme mit feuchten, erosiven, secernirenden Efflorescenzen, was seinen Grund in dem gegenseitigen Contacte der Theile und in der gewöhnlich hier vorhandenen Feuchtigkeit, in der Reibung, u. s. w. hat.

Die Psoriasis palmaris und plantaris ist eine ziemlich persistente Erkrankung. Behandelt dauert sie wenigstens mehrere Wochen, nicht behandelt besteht sie manchmal länger als ein Jahr. Die Dauer richtet sich nach der Verschiedenheit der Form; bei den oberflächlichen Formen, von denen die Haut gewissermassen nur gestreift wird, ist sie natürlich kürzer, als bei den durch tiefgreifende und förmliche Hornbildungen bedingten Erkrankungen. Auch das ist noch zu bemerken: wenn die Psoriasis eine erst spät aufgetretene Erkrankung an einem unvollständig im Beginne der Infection behandelten Individuum ist, so leistet sie gewöhnlich den Medicamenten einen hartnäckigeren Widerstand, als wenn sie, wie dies meistens der Fall ist, in einem mittleren Zeitabschnitte der Periode der Frühformen sich zeigt, und selbst wenn sie dann heilt, recidivirt sie häufig.

Eigentlich ist die Psoriasis palmaris und plantaris nichts anderes als ein lenticuläres, papulöses Syphilid in Gyris, und die angegebenen Modificationen hängen nur von anatomischen Verhältnissen des Sitzes des Leidens ab, welches in dieser Form nur an der Fusssohle und am Handteller vorkommt. Hinzuzufügen ist noch, dass sie eine semiologische Affection ist, die gewöhnlich an beiden Händen vorkommt oder an beiden Fusssohlen, und wenn sie an den Händen existirt, so findet sie sich meist, wenn auch nicht immer, gleichzeitig an den Fusssohlen. Sie hat eine hohe diagnostische Bedeutung, denn sie findet sich nur bei Syphilis. Man kann deshalb auf sie allein die Diagnose stützen, und es ist da, wie Ricord sagt,

die Diagnose der Syphilis dem Kranken auf die Handteller und die Fusssohlen geschrieben. Nur Eine Erkrankung könnte mit ihr verwechselt werden, und das ist ein Eczem zufällig am Handteller und der Fusssohle localisirt. Der Wichtigkeit wegen seien die unterscheidenden Merkmale zwischen diesen beiden Krankheiten hier synoptisch nebeneinandergestellt.

Syphilitische Psoriasis

palmaris.

Eczema palmae manus.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Efflorescenzen sind an einem Individuum immer von einem Typus. 2. Die Erkrankung ist nicht an und für sich pruriginös und wird es nur durch die oben erwähnten leicht zu erkennenden Umstände. 3. Die Efflorescenzen bestehen in mehr oder weniger resistenten, in die Haut eingelagerten Neubildungen, zu welchen sich dann accessorisch oberflächliche Schuppenablagerungen gesellen. 4. Die Abschuppung ist trocken. Die Plaques sind oft resistent, bisweilen hornartig. 5. Die Plaques haben eine Tendenz, sich in Kreisform zu gruppieren. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Efflorescenzen sind gewöhnlich polymorph (nach Bazin). 2. Die Erkrankung ist pruriginös. 3. Die Erkrankung bietet die herpetische Beschaffenheit des Eczems, bei welchem bekanntlich keine Neubildung nachweisbar ist. 4. Die Abschuppung ist gleichzeitig trocken und feucht und hornige Plaques bilden sich fast nie. 5. Die Plaques haben keine Tendenz, sich in Kreisform zu gruppieren. |
|---|---|

* * *

3. Art. Das feuchte papulöse, papulo-erosive Syphilid. Der Name sagt schon, dass die Efflorescenzen dieses Exanthems nicht wie die der früheren trocken oder mit Schuppen bedeckt, sondern feucht, erosiv und secernirend, wie die Papeln der Schleimhäute sind. Deshalb nennen sie auch einzelne Autoren plaques muqueuses der Haut, mit welchen letzteren zugleich sie abgehandelt werden sollen.

4. Art. Das papulo-crustöse Syphilid. Es kommt zuweilen vor, dass die syphilitischen Papeln ein Fluidum secerniren, das zur Kruste vertrocknet. Diese Papeln heissen dann in ihrer

Gesammtheit ein papulo-crustöses Syphilid und dieses nähert sich in seinem Aussehen den pustulo-crustösen Syphiliden.

Die Kruste der einzelnen Efflorescenzen entspricht ihrer Ausdehnung, denn letztere sind, mit Ausnahme der Ränder, von der Kruste nahezu vollständig bedeckt. Sie ist nur wenig dicht, im Allgemeinen an ihrer Oberfläche uneben, trocken und gebrechlich, von verschiedener Farbe, bald gelb, braun, dunkelbleigrau, schieferfarbig. Wohl zu beachten ist, dass sie die Papel gewissermassen immer krönt, und dass sie nicht wie andere Krusten, von denen später gesprochen werden soll, von dem umgebenden Gewebe eingerahmt ist. Sie ist auch wenig adhärent und stösst sich leicht los. Ist letzteres geschehen, so findet man unter ihr eine trockene oder beinahe trockene Papel. Die Oberfläche des Derma ist nicht ulcerirt. Dieser negative Befund ist sehr wichtig, denn er unterscheidet das papulo-crustöse Syphilid von den pustulo-crustösen Syphiliden, bei welchen letzteren das Derma immer mehr oder weniger angegriffen, bisweilen sogar ulcerirt ist, so dass man bei ihnen unter der Kruste immer einen Substanzverlust findet, was bei den papulo-crustösen Syphiliden niemals der Fall ist. Auch das ist noch ein Unterschied, dass das papulo-crustöse Syphilid sich rascher zurückbildet als die pustulo-crustösen Syphilide. Es genügen einige örtliche Mittel, Cataplasmen, ölige Einreibungen, deckender Verband, um die Kruste zu beseitigen. Dann bleiben nur noch die trockenen Papeln übrig, welche sich in der oben angegebenen Weise (atrofieren, Zurücklassung eines Fleckes, der allmählig abblasst), zurückbilden.

Dieses Syphilid besteht gewöhnlich aus isolirten, linsenförmigen, runden Papeln von der Grösse eines Kreuzers und darüber. Bisweilen kommen auch conglomerirte Papeln vor, welchen Krusten von ziemlicher Ausdehnung entsprechen. Man bemerkt sie besonders im Gesichte, auf der Stirne, in der Umgebung der Lippen, auf den Nasenflügeln; auch in behaarten Partien, auf der Kopfhaut, im Barte, am Venusberg, u. s. w.

§ 51. 3. Gattung. Squamöse Syphilide.

Sie sind sehr selten, so dass ihr Vorkommen noch von Einzelnen bestritten wird. Man behauptet nämlich dass die Schuppenbildung nicht als Primär-Erkrankung, sondern als Consecutiv-Veränderung nach einer anderen primären aufzufassen sei. Fournier aber gibt an, syphilitische Efflorescenzen bemerkt zu haben, welche in allen Stadien gleichförmige,

nicht papulöse, oberflächliche, gelbliche nicht juckende Flecken bildeten, die ein pityriasisähnliches Aussehen hatten und ein sehr feines Schuppenlager besaßen, wie es bei der Pityriasis vulgaris vorkommt. Diese Flecken zeigen sich, durch die Lupe besehen, von Parallelfurchen durchzogen, welche nichts anderes sind, als die durch die Erkrankung der Epidermis stark ausgeprägten präexistenten Furchen. Man könnte sie auch das pityriasisähnliche Syphilid nennen.

§ 52. 4. Gattung. Vesiculöse Syphilide.

1. Art. Das varicellaähnliche Syphilid entsteht gewöhnlich unter Fiebererscheinungen. Es bilden sich roth umschriebene Flecke, auf denen sich gleichzeitig ein Bläschen erhebt. Letzteres entwickelt sich zu einer kugeligen, zugespitzten, conischen Blase von der Grösse eines Hirsekornes. Diese Blasen sind angefüllt mit einer durchscheinenden Serosität, die sich trübt und pyöid, gelblich zu werden scheint. In diesem Stadium zeigen die Efflorescenzen eine gewisse Aehnlichkeit mit den Blattern, weshalb das Exanthem auch Variola syphilitica genannt wird. Später bilden sich braune Krusten an der Oberfläche dieser Blasen, der Pusteln, endlich fallen die Krusten ab, die Consecutivflecken bleiben ziemlich lange bestehen, dann schwinden sie ohne eine Narbe zurückzulassen. Dieses Exanthem ist fast immer wie eine Variolois verbreitet, nur selten confluierend und entwickelt sich in aufeinanderfolgenden Nachschüben.

2. Art. Das syphilitische Eczem manifestirt sich im Beginne durch mehr oder weniger ausgebreitete Flecke, an deren Oberfläche sich in Tüpfelform Bläschen entwickeln, die dem Ausschlage einige Aehnlichkeit mit dem état ponctueux eines Eczem verleihen; später werden diese Flecke erosiv und secernirend, dann bedecken sie sich stellenweise oder in ihrer ganzen Ausdehnung mit zarten, leichten, gelben, gelblichen, nicht consistenten Krusten. Diese fallen ab und die Flecken bleiben zurück, welche ohne Narbenbildung schwinden. Die Prädilectionsstellen dieser äusserst seltenen Varietät sind Gesicht und Hodensack.

3. Art. Das herpes-ähnliche Syphilid (Synonyme: das miliäre oder miliär-pustuläre Syphilid) ist das wichtigste von den vesiculösen Syphiliden. Die einzelnen Efflorescenzen sind Bläschen, welche Papeln aufsitzen und einen Tropfen Serosität enthalten. Die Weiterentwicklung besteht darin, dass das Bläschen platzt und sein Inhalt zu einem Krüstchen vertrocknet. Das Bläschen kommt eigentlich

nur während des ephemeren Anfangstadiums des Exanthems vor, und es zeigt sich diese Art von Eruptionen meist entweder in der Form kleiner röthlicher wenig vorspringender Erhabenheiten, welche der Epidermis be-
raubt und an ihrer Spitze von einem graulichen Kranze von Epidermisschuppen umsäumt sind, oder kleiner Papeln, welche braune, trockene, adhärente Krüstchen tragen. — Das Exanthem besteht einige Zeit, wenigstens mehrere Wochen in diesem Stadium. Dann tritt in der bekannten Weise die Rückbildung ein, die Krüstchen stossen sich ab, die Papeln werden flach und es bleiben braune Flecke, über welche die Epidermis sich erneuert und die allmählig schwinden.

Was dem herpes-ähnlichen Syphilide einen speciellen Ausdruck gibt, ist die Zartheit der Efflorescenzen und die Geneigtheit derselben zum Zusammenfliessen. Sie sind nämlich stecknadelkopfgross oder hirsekorngross wie beim gewöhnlichen Herpes, und das ist auch der Grund, weshalb einzelne Autoren dieses Exanthem als ein miliäres Syphilid bezeichneten. Sie sind ferner gewöhnlich enorm zahlreich; in Kreisform, Ringen, Halbmonden gruppirt und kommen besonders an den Gliedern und am Stamme vor, fast nie im Gesichte, an Händen und Füssen. Meistens ist das Syphilid über den Körper ausgebreitet, anderemale ist es auf circumscripte Stellen beschränkt. Es tritt entweder im ersten oder zweiten Jahre nach stattgefundenener Infection, nach Bazin beim Weibe häufiger als beim Manne auf und gehört im Ganzen zu den gutartigen Exanthemen, denn es ist gutartig an und für sich, indem es sich leicht zurückbildet, gutartig in Bezug auf die Diathese, weil es kein Zeichen einer schweren Form der Syphilis ist und keine traurige Prognose für die Zukunft eröffnet.

§ 53. 5. Gattung. Die pustulösen, pustulo-crustösen Syphilide.

Das sind die unter den hier abgehandelten Exanthemen am ernstesten zu nehmenden. Ursprünglich treten ihre Efflorescenzen als Pusteln auf, welche aber die Tendenz haben, zu platzen und Krusten zu bilden, und während die Pusteln nur ein ephemeres Dasein haben, bestehen die Krusten längere Zeit, weshalb die pustulo-crustösen Syphilide meist im Stadium der Krustenbildung zur Beobachtung kommen. Man könnte sie auch pustulo-erosive oder pustulo-ulceröse Syphilide nennen, denn ihre Kruste ist nur eine Decke für einen seichteren oder tieferen Substanzverlust der Haut. Deshalb eitern auch alle diese Syphilide. Hebt man demnach eine solche Kruste mit dem Fingernagel ab, oder

beseitigt man sie allmählig durch Erweichen mittelst Cataplasmen so findet sich unter ihr Eiter. Die hierher gehörigen Syphilide zerfallen in 3 Arten: 1. Das acneähnliche, 2. das impetiginöse und 3. das ecthymatöse Syphilid.

1. Art: Das acneähnliche Syphilid. Es ist selten und gutartig; seine einzelnen Efflorescenzen sind denen der *Acne vulgaris* ähnlich. Sie bestehen in dunkelrothen, stecknadelkopf- bis halb erbsengrossen harten Erhebungen, die an ihrer Spitze eine geringe Eiteransammlung haben, welche die Epidermis zu Bläschen emporwölbt. Nach einiger Zeit platzt das Bläschen und es bildet sich ein braunes oder bernsteingelbes, zartes, adhärentes Krüstchen; unter demselben findet sich eine oberflächliche Erosion der Haut. Die Rückbildung erfolgt in der bereits mehrfach wiederholten Weise: die Kruste stösst sich ab, der Knoten wird flach, es bleibt ein Fleck, der abblasst und nach demselben eine seichte Narbe, welche ziemlich oft schwindet. Verwechselt kann dieses Syphilid nur mit der *Acne vulgaris* werden. Aber letztere ist 1. ein chronisches Exanthem, welches oft in der Jugend beginnt, um sich durch unbestimmte Zeit bis ins reifere Alter hinzuziehen. 2. Hat die *Acne vulgaris* gewisse Prädilectionsstellen, z. B. die Stirn, die Schultern, den Rücken, die obere Partie des Thorax. 3. Sind die einzelnen Efflorescenzen der *Acne vulgaris* gleichzeitig immer in verschiedenen, weit auseinanderliegenden Entwicklungsstadien. Einzelne sind im Beginne, andere auf der Höhe der Entwicklung, andere auf dem Wege der Rückbildung oder auch bereits bei der Narbenbildung angelangt, und das gibt dem Exanthem der *Acne vulgaris* eine ganz specifische Physiognomie.

Die *Acne syphilitica* dagegen ist vorübergehend, und man könnte sagen, acut in ihrem Verlaufe. Sie hat keine Prädilectionsstellen und besteht meist aus Efflorescenzen, welche alle in demselben Alter und in demselben Entwicklungsstadium stehen, immer vereinzelt sind, und sich meist im Gesichte, auf der behaarten Kopfhaut, am Thorax und am Halse finden. Sie ist bei Weibern vielleicht häufiger als bei Männern. Selten kommt sie allein vor, meist mit anderen papulösen Syphiliden gleichzeitig. Sie ist gutartig an und für sich und gutartig in Bezug auf die Prognose der Diathese im Ganzen.

2. Art: Das impetiginöse Syphilid.

1. Unterart: Das impetiginöse Syphilid schlechtweg. Es ist ein pustulo-crustöses Syphilid und unterscheidet sich von

den anderen Arten dieser Gattung dadurch, dass es 1. gewöhnlich mit kleinen zahlreichen gruppirten Pusteln auftritt, welche sehr nahe aneinanderstehen und alle miteinander von einem rothen Hofe umgeben sind; 2. dadurch, dass es später granulöse, dicke, gelbe, eigenthümlich gestaltete Krusten bildet. Diese Krusten, deren Entwicklung bald dem Stadium der Pustelbildung folgt, haben immer eine gewisse Ausdehnung, denn sie sind das Ergebnis von mehreren benachbarten, zusammengeflossenen geplatzten Pusteln, deren Inhalt eintrocknete. Aus demselben Grunde sind sie granulös; denn die einzelnen Krüstchen, welche sie zusammensetzen, behalten, obschon sie zusammenfließen noch immer ein Zeichen ihrer ursprünglichen Isolirtheit. Diese Krusten sind nicht lamellös und flach, sondern dick, trocken, porös und gebrechlich. Endlich haben sie immer eine mehr weniger gelbe, manchmal bernsteingelbe Färbung, während z. B. die Krusten des Ecthyma vulgare eine mehr braune Farbe haben. — Wegen der Schwierigkeit der Differential-Diagnose folgt eine Synopsis der Eigenschaften, welche den Krusten der Impetigo syphilitica und jener welche den Krusten des Ecthyma vulgare zukommen.

Die Kruste der Impetigo syphilitica.

1. Die Kruste ist dick, ungleich, granulös.
2. Die Kruste ist porös, gebrechlich.
3. Die Kruste ist wenig adhärent, leicht abfallend.
4. Die Kruste hat eine gelbe Farbe in hellerem Ton als die ecthymatöse Kruste.
5. Die Kruste ist erhaben über die Erosion, welche sie bedeckt, nie von ihr eingerahmt, manchmal sogar die Grenze der Erosion überdeckend.

Die Kruste des Ecthyma vulgare.

1. Die Kruste ist weniger erhaben, mehr gleichmässig, lamellös, conisch, terrassenförmig, nicht granulös.
2. Die Kruste ist derber, härter, resistenter.
3. Die Kruste ist adhärent.
4. Die Kruste ist braun, manchmal sogar schwarz, aber immer dunkel.
5. Die Kruste ist eingerahmt von den Rändern der von ihr bedeckten Ulceration.

Unter diesen Krusten ist die Haut gewöhnlich nur oberflächlich afficirt. Bisweilen, wenn das Exanthem etwas älter ist, ist die Erosion unter der Kruste nicht vertieft, sondern im Gegentheil ihr Grund

ist erhaben wie papulös, so dass, wenn die Kruste abfällt, die Erosion eine Art Papel darstellt. Auch überragt die Kruste der syphilitischen Impetigo den Umfang der Erosion der Haut (wie in der Synopsis angedeutet wurde). In Folge dessen fällt sie leicht ab. Diese Form des Exanthems hat nur wenig Tendenz zur Ausbreitung und bleibt fast immer umschrieben. Sie liebt vorzugsweise die behaarte Kopfhaut, besonders in der Gegend des Bartes, der Augenbrauen, des Venusberges; dann kommt sie aber auch im ganzen Gesichte vor, namentlich an der Stirne, an den Nasenflügeln, an den Mundwinkeln, in der Kinnfurche. Selten ist sie an den Extremitäten.

Wie bei allen pustulo-crustösen Syphiliden erfolgt die Rückbildung durch Abfallen der Kruste, Vernarbung der unter ihr befindlichen Haut, worauf ein Fleck zurückbleibt oder eine oberflächliche Narbe, welche beide nach einiger Zeit schwinden, oder von denen die letztere mehr oder weniger deutlich fortbesteht.

Die Impetigo syphilitica gehört noch zu den gutartigen Exanthemen, denn einerseits heilt sie leicht und andererseits ist sie nicht von schlechter Prognose für die Diathese. Allerdings ist nicht zu läugnen, dass, wenn sie stark zusammenfliessend ist und noch mehr, wenn sie sich zeitlich bei lymphatischen blonden Individuen mit schlaffem Fleische und von weichlicher Constitution findet, auch sie da keine besonders gute Prognose gestattet, wenigstens zeigt sie die Geneigtheit der syphilitischen Erkrankung des Individuums zur Bildung von feuchten, eiternden und ulcerirenden Formen an. Das gilt besonders bei den Frauen.

Von der Impetigo vulgaris ist die syphilitica in folgender Weise verschieden: Die Impetigo syphilitica hat, wie gesagt, ockerfarbene Krusten, welche dunkler sind als die honiggelben, goldgelben der Impetigo vulgaris. Die ersteren sind mehr zerstreut und bilden nicht so häufig Gyri als die letzteren. Bisweilen haben sie eine runde Gestalt; sie sind ferner härter, trockener, gebrechlicher, finden sich besonders an gewissen Stellen; aber alle diese Symptome können fehlen oder so wenig entwickelt sein, dass die Differential-Diagnose dadurch äusserst schwer wird und nur die Betrachtung der vorausgegangenen oder gleichzeitigen anderen Symptome der Diathese, oder die Methode per exclusionem die Diagnose ermöglichen kann. Daraus erhellt, was auch von allen anderen syphilitischen Exanthemen gilt und was bereits angedeutet wurde, dass man auf das Aussehen des Exanthems allein keine Diagnose basiren könne, sondern dass es zu diesem Behufe der Gesamt-

betrachtung des Status des Kranken, ferner der Erwägung seiner Vergangenheit, soweit sie sich auf die fragliche Diagnose bezieht, bedarf.

2. Unterart: *Impetigo syphilitica rodens*. Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden 1. durch den mehr lividen und grösseren Hof um die Efflorescenzen; 2. durch die resistenteren, festeren Krusten, welche mehr aus einem Guss zu sein scheinen und denen des Ecthyma ähnlicher sind; 3. und das ist der Hauptunterschied, durch die Ulcerationen, welche die Krusten bedecken und die in einem tiefen Substanzverluste der Haut bestehen, Tendenz zur Ausbreitung haben und die benachbarten, unterliegenden Gewebe bedrohen. Dieses Geschwür ist wenigstens im Beginne rund, mehr oder weniger grubig, mit steilen Rändern, gelbem Grunde und stark eiternde, wenn es durch den Verlust der Kruste blosgelegt ist. Es bietet im Allgemeinen betrachtet, eine gewisse Aehnlichkeit mit dem einfachen weichen Schanker. Kaum ist die Kruste abgefallen und das Geschwür sich selbst überlassen, so bedeckt es sich schon mit neuen Krusten. Wird es nicht behandelt, so breitet es sich excentrisch in folgender Weise aus: Die Epidermis hebt sich am Rande des Geschwüres oder vielmehr der Kruste in Form von anulären Pusteln. Diese Pustularzone bildet eine neue Kruste und diese maskirt die Fortschritte der unter ihr liegenden Ulcerationen. Der ulceröse Process erneuert sich fortwährend in derselben Weise und so erlangt der Substanzverlust manchmal beträchtliche Dimensionen. Auf diese Art kann es geschehen, dass sich in Folge jener Vergrösserung einzelne Gruppen von Efflorescenzen vereinigen und Gyri bilden, welche die Grösse der Hohlhand und darüber erreichen. Diese Form von *Impetigo* kommt fast immer nur in einer Region vor und leider sehr häufig im Gesichte. Manchmal nimmt diese schon an und für sich traurige Erkrankung auch noch den phagedänischen Charakter an und vergrössert sich dadurch noch mehr. In diesem Zustande trotzt sie aller Therapie.

Die *Impetigo rodens* ist immer ein ernst zu nehmendes Exanthem, ernst schon an und für sich, denn es heilt langsam, schwer und mit untilgbaren Narben; es ist aber auch andererseits ein Zeichen von einer bösen Form von Syphilis, denn es zeigt sich nur an erschöpften Individuen, ist auch meist der Vorläufer von noch viel ärgeren Manifestationen der Syphilis, deren Träger dann durch zahlreiche und intensive Recidiven schliesslich zu Grunde gehen. Bisweilen findet man eine Erklärung für das Auftreten dieses Exanthems in vorhandener Scrophulose in

einer durch verschiedene Veranlassungen geschwächten Constitution. Manchmal aber findet man es auch ausser dieser und jeder Combination an Individuen, welche sonst, wenn man davon absieht, dass sie Syphilis haben, ganz gesund sind. In solchen Fällen ist man gezwungen, eine gewisse Malignität der Syphilis, die sie nicht immer besitzt, als vorhanden anzunehmen.

3. Art: Das *ecthymatöse Syphilid* ist dem *Ecthyma vulgare* ähnlich und hat zwei Unterarten:

1. Unterart. Das *oberflächliche Ecthyma syph.* (Synonyma: das platte, lenticuläre, erosive *Ecthyma syphiliticum*). Dieses Exanthem ist ziemlich häufig, tritt unter den syphilitischen Hautausschlägen früh auf, ist gutartig, durch welche Eigenschaften es sich von der zweiten Unterart unterscheidet. Man findet es in der Periode der Frühformen ziemlich oft allein, manchmal auch mit anderen Exanthemen in Fällen von mittlerer oder geringerer Intensität der Diathese. Der Verlauf ist folgender: Es zeigen sich kleine, linsengrosse Pusteln, rund, abgeplattet, an der Basis nicht indurirt, mit einem dunkelrothen Hofe umgeben und ziemlich ähnlich den Pusteln der Variola, aber von ephemerer Dauer, sie trocknen rasch oder platzen und an ihrer Stelle bilden sich entsprechend grosse Krusten von 2—4 Millimeter Durchmesser, welche braun, zart und nur schwer von der Unterlage zu trennen sind. Ist aber dies geschehen, so findet man unter der Kruste eine oberflächliche Erosion, welche eitert und die sich selbst überlassen, sich bald wieder mit einer Kruste bedeckt. Man sieht, dass diese Syphilide mit einer Variolois grosse Aehnlichkeit haben. Die regressive Phase des Verlaufes besteht darin, dass nach verschieden langer, aber immer ziemlich beträchtlicher Dauer der Entzündungshof abblasst, verschwindet, die Erosionen vernarben, die Krusten sich lockern und endlich abfallen. Dann bleibt eine Narbe, welche anfangs pigmentirt ist, langsam abblasst, eine Zeit hindurch besteht und endlich vollständig verschwindet.

Dieses Exanthem ist am häufigsten von allen syphilitischen Ausschlägen, mit anderen z. B. Papeln, sogar mit *Roseola combinirt*. Doch kommt es auch oft allein vor und ist dann mehr oder weniger zusammenfliessend (es bietet in solchen Fällen das Aussehen einer Variolois). Bald ist es über den ganzen Körper ausgebreitet, bald ist es nur auf bestimmte Gegenden, manchmal sogar nur auf Eine bestimmte Gegend beschränkt. Im letzteren Falle findet man es besonders häufig an den unteren Extre-

mitäten, in der Gegend der Tibien, dann an der Stirn, am Nacken, an den Grenzen der behaarten Kopfhaut, an den Seitentheilen des Halses, am Rücken, Hodensack, in der Crena ani, am Venusberge, am freien Rande der grossen Labien des Weibes. Diese Pusteln stehen bisweilen in Gruppen, welche die Kreisform besitzen oder Derivate derselben darstellen; häufig sind sie nicht gruppirt. Sich selbst überlassen, besteht das Ecthyma mehrere Monate und complicirt sich entweder mit ernsteren Formen oder mit Manifestationen der Syphilis in anderen Gebieten des Organismus. Wird es aber einer Behandlung unterworfen, so heilt es gewöhnlich leicht, ob man jetzt örtliche Mittel, z. B. Dampfbäder, anwendet oder nicht.

Zu verwechseln ist es nur mit dem Ecthyma, das die Krätze veranlasst. Es unterscheidet sich aber von letzterem dadurch, dass dieses erstens gewisse Lieblingsstellen hat, als: die Hände, die Gegend des Handwurzelgelenkes, die Hinterbacken, die Ruthe, die weibliche Brust; zweitens dass die Krätze mit Jucken verbunden ist; drittens dass die gewissen pathognomonischen Krätze-Milbengänge vorkommen; viertens dass der Entzündungshof bei den Krätze-Efflorescenzen gewöhnlich fehlt.

2. Unterart: Das tiefgreifende Ecthyma syph. ist eine viel ernster zu nehmende Erkrankung als das eben abgehandelte Exanthem, von dem es sich durch jene Eigenschaft unterscheidet, die der Name bezeichnet; man nennt es auch das tardive Ecthyma, weil es ziemlich spät nach der Infection, das ist etwa im zweiten Jahre, gewöhnlich noch später, manchmal erst während der Periode der Spätformen auftritt, so dass man sagen kann, es gehöre ebensogut zu den Früh- wie zu den Spätformen.

Wie das oberflächliche Ecthyma besteht es aus Pusteln, die sich mit Krusten bedecken und das Derma angreifen, nur sind die Pusteln hier grösser, die Krusten dicker und umfangreicher, die Ulcerationen ausgedehnter und mehr in die Tiefe reichend. Aber ausserdem unterscheidet noch der maligne Charakter, welcher ihm innewohnt, die schlechte Prognose, die es andeutet, dieses Ecthyma vom oberflächlichen.

Betrachtet man es näher, so findet man, dass die einzelnen Efflorescenzen im Initialstadium aus einer umfangreichen Pustel bestehen; diese ist rund, abgeplattet, umsäumt von einem dunkelrothen Hofe, angefüllt mit schlechtem, serösen, bisweilen rostfarbenem Eiter: sie besteht nicht lange, aber doch länger als die Pusteln der Impetigo syph.

und des oberflächlichen Ecthyma syph.; sie platzt, an ihrer Stelle bildet sich eine Kruste. Letztere ist in Bezug auf Ausdehnung der Initialpustel proportionirt, später vergrößert sie sich in der Masse, als unter ihr die Ulceration fortschreitet und kann von der Grösse eines Kreuzers bis zu der eines Thalers vorkommen. Sie ist gewöhnlich rund, braun, dunkelbraun, bisweilen beinahe schwarz, bisweilen bouteillengrün; sie ist consistent, uneben, dick, compact, rigide, resistent, aus einem Stücke bestehend, nicht wie die Kruste der Impetigo zusammengesetzt. Genau betrachtet findet man, dass sie aus einer Reihe von übereinandergelagerten Schichten besteht, wodurch sie conisch, convex, terasenförmig, einer Austerschale ähnlich wird. Sie ist adhärent, umrahmt von den Rändern des unter ihr liegenden Geschwüres. Endlich hat sie einen rothen Hof, welcher mehrere Millimeter breit ist und der besonders an den unteren Extremitäten eine livide Färbung besitzt. Die Ulceration, welche von der Kruste bedeckt wird, ist tiefgreifend, grubig und durchsetzt das Derma in einem grossen Theile oder in der ganzen Dicke. Sie ist von regelmässiger Kreisform, wie mit einem Locheisen ausgeschnitten und ihre Ränder sind steil, der Grund ist uneben, wie angenagt, von verschiedener Färbung, bald grau, bald gelb, bald braun, livid, schwärzlich, secernirt viel und das Secret ist entweder dunkler Eiter oder eine mit Blut und Detritus untermischte, seropurulente Flüssigkeit. Eine solche Gewebszerstörung kann nur eine tiefe, untilgbare Narbe zurücklassen.

Nach ziemlich langer Dauer der Efflorescenz tritt der bereits mehrfach geschilderte Vorgang ein: Die Ulceration heilt, die Kruste stösst sich ab, der Grund hebt sich, bedeckt sich mit Granulationen und vernarbt endlich wie eine gewöhnliche Wunde. Selten geht dieser ganze Process unter der Kruste vor, so dass diese abfällt, wenn die Narbe schon nahezu vollendet ist. Letztere bietet einige Eigenthümlichkeiten; sie ist rund, vertieft, dunkelbraun, beinahe schwarz, und diese Pigmentation kann mehrere Jahre, besonders an den unteren Extremitäten bestehen; dann verliert sie sich allmählig. Auch diese Verfärbung kann bisweilen in dunklen Fällen der Periode der Spätformen ein wichtiger Behelf zur Feststellung der Diagnose sein.

Verwechselt werden könnten die ulcero-crustösen Syphilide nur mit dem einfachen Ecthyma (Ecthyma cachecticum) oder mit den pustulo-crustösen Scrophuliden. Das Ecthyma cachecti-

corum hat folgende Kennzeichen: Es zeigt sich nur bei Kindern oder Greisen in Folge von Einwirkungen, durch welche die Constitution bedeutend erschüttert wird; es findet sich meist an den unteren Extremitäten und hat nicht in demselben Grade wie das Ecthyma syphiliticum die Tendenz zur Kreisform; die einzelnen Efflorescenzen sind von einem viel dunkler rothen Hofe umgeben; die Ulcerationen sind weniger tief. Die ulcerösen Scrophulide sind schon schwerer von den ulcerösen Syphiliden auseinander zu halten. Die Scrophulide haben weniger dunkle, dickere, weichere Krusten, ihre Geschwüre haben gezackte, unterminirte aber nicht steile Ränder, ihr Grund ist schwammig, ohne ein Aussehen darzubieten, als wäre er von einer Pseudomembran bedeckt. Sie haben keine Neigung, Krusten zu bilden, sind chronisch, leisten jeder Therapie Widerstand und sind schon dadurch charakterisirt. Alle diese Zeichen haben ihren Werth, aber auf sie allein kann man doch keine Diagnose gründen, sondern man muss, wie das schon wiederholt gesagt worden ist, die anderen gleichzeitig vorhandenen Symptome der Dyscrasie, die Antecedentien des Kranken, seine Constitution, Temperament, die Weiterentwicklung des Leidens berücksichtigen. Manchmal findet man Mischformen, von denen man sagen muss, dass sie sowohl den scrophulösen als syphilitischen Charakter haben. Man könnte sie Scrophulo-Syphilide nennen, und der Beweis ihres Zwitterwesens besteht darin, dass man weder mit einer rein gegen die Syphilis, noch mit einer nur gegen die Scrophulose gerichteten Therapie ihre Heilung bewerkstelligt.

Wenn die Efflorescenzen des ulcero-crustösen Syphilides zufälligerweise ihren Sitz an den Genitalien oder in der Umgebung derselben haben, so könnte man sie auch mit dem einfachen Schanker verwechseln.

Das Ecthyma profundum syph. hat in der Regel nur wenige Efflorescenzen und diese kommen gewöhnlich an den unteren Extremitäten, namentlich an der vorderen Fläche der Tibia vor. Dasselbst treten sie meist in Gruppen auf, welche die Gestalt von Halbkreisen haben, fließen bisweilen zusammen und stellen Krustenzüge von manchmal 15 Centimeter Länge und darüber dar. Bisweilen nehmen bei schwer erkrankten, herabgekommenen Individuen diese Züge den phagedänischen Charakter an, manchmal auch ahmen sie die serpiginösen Geschwüre nach, indem sie an dem einen Ende heilen, an dem anderen fortschreiten. Diese beiden Arten von Erkrankungen leisten oft lange Zeit jeder Therapie hartnäckigen Widerstand und erschöpfen die Kräfte des

Patienten durch Eiterung. Aber auch ausserdem, dass das eben abgehandelte Exanthem in diesen glücklicherweise nur in Ausnahmefällen vorkommenden Formen auftreten kann, ist es eine schwere Erkrankung; denn 1. besteht es aus einer Reihe von wahrhaften Geschwüren, welche sich ausbreiten und entzünden; 2. hat es immer eine ziemlich lange Dauer und heilt, selbst behandelt, oft erst nach Wochen und Monaten; nicht behandelt oder misshandelt dauert es ununterbrochen noch länger, manchmal Jahre lang; 3. recidivirt es sehr häufig, so dass der Kranke oft viele Jahre zu leiden hat; 4. gibt es die schlechteste Prognose in Bezug auf das Allgemeinbefinden des Patienten und in Bezug auf den Grad der Diathese. Man beobachtet es auch nur bei Individuen, welche durch Zahl und Intensität der syphilitischen Manifestationen, die sie seit Beginn der Infection tragen, bedeutend herabgekommen sind und kann sicher sein, dass, wenn ein Syphilitischer schwere Formen schon hat, das *Ecthyma profundum syph.* auch nicht ausbleiben wird. In solchen Fällen häufen sich, überstürzen sich förmlich die syphilitischen Manifestationen; eine jagt die andere; und rasch durchläuft die Krankheit alle leichteren Formen, um zu den ernsteren, tardiven zu kommen. Daher geschieht es, dass das in Rede stehende Leiden immer mit syphilitischen Erkrankungen des splanchnischen Systems gleichzeitig beobachtet wird, oder dass, wenn es allein vorhanden ist, diese Erkrankungen bald folgen. Man kann auch deshalb aus seinem Vorhandensein den Schluss ziehen, dass es bald zum Auftreten von Erscheinungen der Periode der Spätformen kommen wird.

Ausserdem ist das *Ecthyma profundum syph.* ein Zeichen von Verarmung der Oeconomie des Organismus. Man findet es also an Individuen, welche entweder schon vor der Erwerbung der Syphilis oder durch die Erwerbung derselben geschwächt wurden, bei solchen, die durch Entbehrungen, Kränkungen, Debauchen, Gemüthsbewegungen, Nachtwachen, Fatiguen des täglichen Lebens herabgekommen sind, bei solchen, die eine scrophulöse, lymphatische Constitution haben, bei solchen, die eine zarte Constitution haben und bei denen die geringste Verletzung nicht ohne reichliche Eiterung heilt.

Das *Ecthyma profundum syph.* ist auch eine der Begleitungserscheinungen der syphilitischen Cachexie, sowie das vulgäre Ecthyma die durch andere Krankheiten bedingte Cachexie so häufig begleitet, dass es den Namen *Ecthyma cachecticorum* bekommen hat. Doch gibt es natürlich auch Ausnahmefälle, in denen alle die das Ec-

thyma profundum syphiliticum gewöhnlich begleitenden Erscheinungen nicht auftreten und es auch, besonders wenn eine zweckmässige Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird, einen milden Verlauf nimmt.

§ 54. 6. Gattung. **Die bullösen Syphilide.**

Sie gehören zu den pustulo-crustösen. Man unterscheidet zwei Arten: den Pemphigus und die Rupia.

1. Der Pemphigus syphiliticus. Er ist so selten, dass seine Existenz von Vielen bestritten wird.

2. Die Rupia syph. unterscheidet sich von dem Ecthyma profundum syph. nur dadurch, dass sie mit einer Blase anfängt, das ist mit einem grossen Hohlraum, viel voluminöser als eine Pustel und gefüllt mit einer opalinen oder pyöiden, bisweilen selbst sanguinolenten und wie hämorrhagischen Flüssigkeit. Die letztere Beschaffenheit hat der Blaseninhalt besonders bei Efflorescenzen an den unteren Extremitäten. In allem Anderen stimmt die Rupia syph. mit dem Ecthyma profundum syph. überein, weshalb eine Aufzählung der anderen Eigenschaften unterbleibt.

Von der gewöhnlichen Rupia (*Rupia vulgaris*) ist die syphilitica nur durch die Berücksichtigung der Antecedentien, der gleichzeitig vorhandenen, anderweitigen syphilitischen Manifestationen, u. s. w., wie dies auch bereits bei anderen syphilitischen, aber nicht syphilitischen ähnlichen Exanthemen auseinandergesetzt wurde, zu unterscheiden.

§ 55. 7. Gattung. **Die pigmentären oder epheliden Syphilide.**

Sie finden sich hauptsächlich bei den Weibern und unterscheiden sich von allen bisher abgehandelten. Sie bestehen in einer umschriebenen Pigmentation der Haut und haben grosse Aehnlichkeit mit den Sommersprossen, oder noch mehr mit den Leberflecken, wie wir sie z. B. bei Schwangeren wahrnehmen. Die Erkrankung ist nicht selten, aber auch nicht zu häufig; bei Männern findet sie sich meist nur, wenn sie eine zarte, weisse, transparente Haut haben. Diese Syphilide gehören der Periode der Frühformen an und treten beiläufig in der Mitte derselben, gegen Ende des ersten Jahres, im Verlaufe des zweiten Jahres auf. Meist, ja fast ausnahmslos, finden sie sich am Halse; doch beobachtet man sie auch, wiewohl äusserst selten am Thorax, Abdomen und an den Extremitäten.

Das Exanthem besteht in einer ockerfarbenen Marmorirung der Haut ohne regelmässige Gestalt der einzelnen Efflorescenzen. Es besteht aus Flecken, welche isolirt vorkommen, zusammen-

fiessen und bisweilen eine Art Netzwerk mit grossen Maschen darstellen, indem sie zwischen sich ziemlich ansehnliche Partien vollkommen normaler Haut lassen. Es sieht aus, wie wenn man die Haut mit einem in graugelbe Farbe getauchten Pinsel bestrichen hätte, oder wenn das Exanthem am Halse vorkommt, als ob sich das erkrankte Individuum den Hals nicht waschen würde. Die Kranken halten das Exanthem anfangs auch lediglich für Schmutz, bis sie sich überzeugt haben, dass dieser „Schmutz“ durch Waschen nicht zu beseitigen ist. Es ist beinahe überflüssig zu erwähnen, dass diese Flecke keine Erhabenheiten besitzen, nicht abschuppen, nicht jucken und in Folge dessen sehr oft von dem Arzte und Kranken unbemerkt ablaufen. Sie haben keinen deutlichen Contour und gehen fast unmerklich in die normale Haut über, von der sie doch manchmal durch den Gegensatz der Farbe abstechen, so dass es scheint, die eingeschlossenen Inseln normaler Farbe seien viel weisser als sie es von Haus aus sind, und dieser Unterschied ist manchmal so gross, dass man diese Weisse für eine krankhafte — für die einer Vitiligo — hält. Viele Aerzte haben auch behauptet, die Flecken stellten eine Hyperchromie, die weissen Stellen eine Achromie dar. Dem gegenüber ist zu bemerken, dass diese Weisse hier um so lichter erscheint, weil die Umgebung dunkel ist, und dass eine Vitiligo als solche ohne jene Umrandung bei Syphilitischen fast gar nicht vorkommt. Ausserdem hat T a n t u r r i bei der microscopischen Untersuchung dergestalt erkrankter Partien gefunden, dass die weissen Inseln in ihren Pigmentschichten die nämliche Pigmentmenge besitzen, wie normale Haut.

In Bezug auf das Zusammenfliessen und die Ausdehnung ist das pigmentäre Syphilid ziemlich verschieden; bald beschränkt es sich auf eine Seite des Halses, bald umgibt es den ganzen Hals, mitunter erstreckt es sich von dort aus auf die oberen Partien des Thorax, aber das ist ziemlich selten.

Auch verschiedene Nuancen der Pigmentirung gibt es: bräunliche, lichtere, dunklere, mehr graue oder mehr gelbe u. s. w.

Die Flecken sind ziemlich gross, angefangen von Linsengrösse bis zur Grösse eines Guldenstückes und darüber. Weil sie aber zusammenfliessend sind und Gyri darstellen, ist ihre Grösse sehr oft nicht genau zu bestimmen.

Dieses Exanthem dauert länger als andere Syphilide: mehrere Monate, oft mehrere Jahre und widersteht jeder Therapie, die Mercurialien nicht ausgenommen. Glücklicherweise hat diese Machtlosigkeit

der ärztlichen Kunst keine ernste Folge, die Erkrankung ist keine wichtige, keine schmerzhaft; sie ist nur langweilig und besonders den Frauen unangenehm, weil sie doch einigermassen entstellt.

Verwechselt könnte dieses Exanthem nur werden mit den Sommersprossen, mit den Pigmentationen der Cachectischen oder Tuberculösen, mit der Verfärbung der Haut bei der Addisonischen Krankheit, welche letztere über den ganzen Körper gleichmässig ausgebreitet ist. Die Anamnese wird verhindern, dass man die Flecke dieses Exanthems mit den Flecken, welche das Ende der Syphilide sind, verwechselt. Nur eine Verwechslung mit Pityriasis versicolor ist leichter möglich. Das syph. Exanthem unterscheidet sich aber von dieser 1. dadurch, dass Efflorescenzen der letzteren leicht schuppen und immer wie fein bestaubt erscheinen; 2. dass sie gelber, mehr ockerfarbig, den von Milchkaffee herrührenden Flecken ähnlich sind; 3. ist die Pityriasis versicolor häufig von einem leichten Pruritus begleitet; 4. findet sie sich gewöhnlich nicht am Halse, oder nicht so häufig, wie das pigmentäre Syphilid; 5. und das ist das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal, enthalten die Schuppen derselben einen microscopischen Pilz, das *Microsporon furfur*.

§ 56. Die Therapie, welche man gegen die Syphilide einschlägt, ist entweder eine curative oder präventive. Man kann, obgleich dies selten gelingt, in einzelnen Fällen die Exantheme unterdrücken, in anderen aber, und zwar in der Mehrzahl kann man die Intensität ihrer Entwicklung verringern. Endlich ist eine zweckmässige Behandlung noch im Stande, die chronologische Aufeinanderfolge der Ausschläge, von der später gesprochen werden soll, zu stören, die Pausen zwischen dem Auftreten der einzelnen Exantheme zu verlängern, und zwar ist das souveräne Mittel, wenn auch nicht das einzige, welches alles das bewirkt, das Quecksilber. Es genügt in den meisten Fällen von syphilitischen Exanthemen; es genügt besonders bei den frühzeitig oder in der mittleren Periode der Krankheitsdauer auftretenden Exanthemen. Je älter aber die Diathese ist und einer je späteren Periode der Dyscrasie die Manifestationen angehören, gegen welche es verwendet wird, um so unwirksamer wird es; da muss man es durch ein zweites Medicament unterstützen und dieses ist das Jodkali, welches gegen die spät auftretenden Exantheme von unläugbarer Wirksamkeit ist.

Selbstverständlich kann man noch andere Heilverfahren, insbe-

sondere Medicamente örtlich, gleichzeitig anwenden, z. B. Bäder aller Art, als: einfache, alkalische, Schwefel-, Gelatine-, Quecksilber-, Jod-, Dampf-, Mineral-Bäder u. s. w., einfache Räucherungen oder Räucherungen mit Zinnober, mit Jod-Salben, Pflaster, trockene oder feuchte Einhüllungen, Catheretica, Caustica u. s. w.

Doch soll man bei der Anwendung dieser Mittel nicht regellos verfahren, sondern von folgenden Gesichtspunkten ausgehen: Die erythematösen, grossen, papulösen, papulo-squamösen Syphilide mit geringer Abschuppung erfordern eigentlich keine örtliche Behandlung, höchstens, und zwar nur aus hygienischen Rücksichten, um die Hautfunctionen anzuregen, Bäder. Dasselbe gilt von den papulo-squamösen Syphiliden mit starker Abschuppung, den psoriasisähnlichen, den herpesähnlichen, den vesiculösen, den acneähnlichen Syphiliden, selbst von dem flachen Ecthyma mit den kleinen, zerstreut stehenden Efflorescenzen. Gewöhnlich verbindet man mit den einfachen Bädern die Dampfbäder, welche die Schuppen, die Krüstchen und die Krusten rascher beseitigen. Aber man muss da vorsichtig zu Werke gehen, weil gewisse Individuen, namentlich Weiber, durch die Dampfbäder geschwächt, wie anämisiert werden; doch, wenn in Pausen gebraucht, wird man sie immerhin ohne Gefahr auch bei Patientinnen anwenden. Die Psoriasis palmaris verdient wegen ihrer Häufigkeit und des ganz besonderen Widerstandes, welchen sie zuweilen der Therapie leistet, besondere Berücksichtigung. Es ist wahr, oft heilt diese Psoriasis lediglich unter dem Einflusse der Allgemein-Behandlung, manchmal aber ist das nicht der Fall, im Gegentheile, sie wird, ohne locale Behandlung gelassen, schmerzhaft und verlangt dann eine solche. Die besten Mittel sind in derartigen Fällen folgende: Allgemeine Dampfbäder, oder wenn sie nicht vertragen werden, örtliche Dampfbäder, zu welchem Behufe man die Hände über ein mit heissem Wasser gefülltes Becken hält, sobald die aufsteigenden Dämpfe eine solche Temperatur angenommen haben, dass man dieses ohne Gefahr, sich zu verbrühen, thun kann. Wirken diese Mittel nicht, so wendet man örtliche Räucherungen an, welche man auch neben den Dampfbädern gebrauchen lassen kann; Einreibungen mit einer Mercurialsalbe (Unguentum neapolitanum), Protojoduret-Salben, Salben von basisch-schwefelsaurem Quecksilberoxyd. Diese Einreibungen werden des Abends gemacht und der Kranke zieht dann Handschuhe an, welche Nachts anbehalten werden. Auch umwickelt man am Abend die Hände mit dem

Emplastrum de Vigo, während man bei Tage Glycerin oder Glycerin-Salbe einreibt. Die letztere Methode wird sich besonders bewähren, wenn Risse und Gruben vorkommen. Allgemeine Bäder, einfach, oder mit Amylum, oder mit Gelatine sind auch hilfreich.

Alle pustulo-crustösen Syphilide mit dicken grossen Krusten und mit wahrhaften Geschwüren verlangen eine örtliche Behandlung. Zuerst wird man darauf schauen, die Krusten zu beseitigen; denn sie sind kein Schutz für die unterliegenden Gewebe, sondern sie veranlassen im Gegentheil eine ununterbrochene Irritation und dies deshalb, weil sich unter ihnen ein Eiterherd bildet und weil sie fortwährend durch die Bewegungen, Reibung der Kleider, durch die Nägel des Kranken beim Kratzen gezerrt werden. Um sie zu beseitigen, genügt es, wenn man den Patienten einige Bäder nehmen, oder durch 24 Stunden Cataplasmen machen lässt, oder wenn man einen Deckverband von Heftpflaster auflegt. Dann erübrigt nur noch, den blossgelegten Substanzverlust zu behandeln. Besteht nur eine oberflächliche Erosion, so genügen einige Einpinselungen mit Jod-Tinctur oder Bestreuungen mit irgend einem Pulver, z. B. mit Calomel, Oxydum zinci, Bismuthi, Amylum u. s. w. Wenn aber ein wahrhaftes Geschwür besteht, so wird am passendsten ein Deckverband von Emplastrum de Vigo sein; Chassaignac lässt einige solcher Pflasterstreifen über die wunde Partie sich kreuzen oder bedeckt sie mit derartigen dachziegelförmig angeordneten Streifen. Je nach der mehr oder weniger reichlichen Eiterung muss man den Verband mehr oder weniger oft erneuern: im Mittel einmal in 24 Stunden. Um die kranke Stelle besser reinigen zu können und die entzündlichen Erscheinungen zu beseitigen, wird es von Vorthail sein, der Erneuerung des Verbandes ein laues Bad in der Dauer von circa einer Stunde vorhergehen zu lassen. Wenn es nothwendig ist, wird man den Wechsel des Verbandes benützen, die Wunde mit Jod-Tinctur, und wenn die Granulationen stärker wuchern, mit Lapis infernalis en crayon zu bestreichen. So wirksam diese Methode auch im Allgemeinen ist, so scheitert man doch bisweilen mit ihr, und man wendet dann verschiedene Salben: Calomel-, Jod-, Jodkali-, Protojoduret-, Tannin-Salben an, oder verschiedenartige Wundwasser: Jod-, Joduret-, Silber-Salpeter-Lösungen, Lösungen von Guaco (Pflanzensaft von Eupatorium satureiæfolium L.), Sublimat, Phenil-Säure, Tartras ferri carbonici, oder man wendet reines Jodoform, Oxydum zinci, Tannin, Calomel, Chlor-Kali, Kampher an. Viele von diesen Mitteln helfen, viele nützen nichts. Am meisten zu

empfehlen ist noch ein Verband mit einer schwachen Lösung von salpetersaurem Silberoxyd (ein Gramme auf hundert Grammes destillirten Wassers), oder Bestreichungen mit Jod-Tinctur, welchen man später Calomel-Salbe folgen lässt. Uebrigens muss man wissen, dass es Fälle gibt, wo gar kein Mittel hilft. In solchen Fällen ist es angezeigt, durch einige Zeit jede Therapie zu beseitigen, die Ulcerationen mit den einfachsten Topicis zu verbinden, und zwar solchen, die am wenigsten reizen und am leichtesten vertragen werden und eine allgemeine, den Stoffwechsel beeinflussende Therapie, als: Gebrauch von Tonicis, eine Kaltwasser-Cur, Aufenthalt auf dem Lande, an der Meeresküste u. s. w. vorzuschreiben, mit einem Worte, man muss zuwarten und kann dann nach einiger Zeit eines oder das andere von den aufgezählten Mitteln versuchen, oder, wenn man es bereits versucht hat, repetiren und wird dann zu seinem Erstaunen und zu seiner Befriedigung ungleich bessere Resultate mit denselben, als bei der ersten Anwendung erzielen.

§ 57. Es fragt sich nun, woran ist ein Exanthem als ein syphilitisches zu erkennen? Manchmal ist es sehr leicht, einen Ausschlag als einen syphilitischen zu diagnosticiren, indem gewisse Syphilide so charakteristisch sind, dass es unmöglich ist, sie mit nichtsyphilitischen Hautleiden zu verwechseln. Dahin gehören die Psoriasis palmaris, plantaris, die granulirten Syphilide der Nasenflügel, die pigmentären Syphilide, viele pustulo-crustöse Syphilide u. s. w. Aber es gibt auch Syphilide mit weniger deutlich ausgesprochenem Charakter, welche mit anderen, von ihnen wesentlich verschiedenen und nur in der Eruptiv-Form ähnlichen Dermatonosen verwechselt werden können. So kann z. B. ein syphilitisches Erythema mit einer gewöhnlichen Roseola, eine kreisförmige Roseola mit einem Erythema circinatum, eine syphilitische Psoriasis mit Psoriasis vulgaris u. s. w. verwechselt werden.

Die Differential-Diagnose beruht nun zunächst auf der Zusammenfassung der objectiven Charaktere und auf der Vergleichung dieser mit den Charakteren jenes nicht syphilitischen Exanthems, dem das fragliche syphilitische ähnlich ist.

Die Aufstellung einer solchen Parallele setzt natürlich genaue Kenntniss der Dermatonosen voraus. Ferner beruht die Diagnose auf der Feststellung vorausgegangener oder gleichzeitig vorhandener, anderweitiger, syphilitischer Manifestationen.

Diese Berufung auf die gleichzeitigen, anderweitigen Manifestationen der Syphilis kann nur in einem Falle irre führen, wenn das

Syphilid und ein nicht syphilitisches Exanthem gleichzeitig an einem Individuum, oder letzteres allein an einem Syphilitischen sich vorfinden. Diese Berufung wird um so eher möglich sein, als neben den Exanthenen sich auch in der Regel anderweitige Erscheinungen von Syphilis zeigen. Wenn ein Patient ein syphilitisches Exanthem hat, ist z. B. auch gewöhnlich seine Schleimhaut erkrankt. Man findet Krusten, auf der behaarten Kopfhaut, Alopecie, Adenopathie, Schmerz an den verschiedensten Stellen, Gelenksschmerzen. Muskelschmerzen, Periostiden u. s. w., nervöse Störungen oder irgend ein anderes Phänomen. Manchmal wird ein solches an und für sich geringfügig sein, aber im Zusammenhange mit dem Exantheme, um dessen Diagnose es sich handelt, wird es eine ganz besondere Wichtigkeit erlangen. Nur Eines ist zu berücksichtigen; je älter die Syphilis ist, je weniger kommen mehrere Manifestationen derselben gleichzeitig an einem Individuum vor. — Auch die Antecedentien des Kranken sind bei der Diagnose eines als syphilitisch betrachteten Exanthems genau ins Auge zu fassen. Denn kein syphilitisches Exanthem ist das erste in der Reihe der Erscheinungen der Syphilis; — entweder ist ihm ein anderes Exanthem vorhergegangen oder der „Schanker“ und der syphilitische Bubo. Man muss also in solchen zweifelhaften Fällen den Kranken über diesen Punkt ausfragen und dann noch selbst in der diesbezüglichen Richtung untersuchen. Dann müssen auch die zum Orte der Einzugsstelle des syphilitischen Giftes in den Organismus gehörigen, sympathischen Drüsen untersucht werden. Oft findet man dieselben erkrankt, während der vorausgegangene „Schanker“ schon in Vergessenheit gerathen ist oder unbemerkt verlief, für etwas Anderes gehalten wurde oder verschwiegen wird. Auch müssen, dem oben Gesagten zu Folge, Haut, behaarte Kopfhaut, die Schleimhäute untersucht werden, ob nicht an ihnen Spuren einer vergangenen Manifestation der Syphilis wahrzunehmen sind, die dann als Behelf für die Diagnose verwendet werden können. Denn die Syphilis ist eine Krankheit, welche aus einer Gruppe von Symptomen besteht; und man wird gut thun, in allen Fällen, bevor man sich über die Bedeutung irgend eines Symptoms ausspricht, alle gleichzeitigen und früher vorhandenen Manifestationen auf ihre Bedeutung zu prüfen. Man kann noch so viel Erfahrung haben; wenn man seine Diagnose auf ein Symptom allein stützt, kann man irren. Die Betrachtung des Ensembles der Erscheinungen aber lässt keine Täuschung zu.

§ 58. Im Vorhergehenden wurde die Systematologie der syphilitischen Exantheme erörtert. Man würde sich aber täuschen, wenn man glauben würde, dass ein jeder Patient, selbst einer, der gar keine Behandlung genießt, die ganze Reihe der aufgezählten Exantheme durchmachen muss; das ist nicht der Fall; — und es herrscht in dieser Beziehung eine grosse Verschiedenheit, deren Gründe wir nicht genau kennen. Manches Individuum wird von einer grossen Anzahl der abgehandelten Exantheme befallen, manches nur von wenigen. Bei einigen erreichen die Exantheme eine grosse Intensität, bei anderen nicht. Bei einigen finden sich gleichzeitig Erkrankungen syphilitischer Natur in den inneren Organen, welche bei anderen nicht wahrgenommen werden.

Nun ist schon früher bemerkt worden, dass die syphilitischen Exantheme eine gewisse chronologische Reihenfolge bei ihrem Auftreten einhalten. Dieser Reihenfolge entsprechend zerfallen sie in drei Gruppen: 1. in solche, welche zeitlich, 2. in solche, welche spät, 3. in solche, welche bald zeitlich, bald spät auftreten.

1. Zeitlich auftretende sind: α) die Roseola; β) die Roseola urticata; γ) die papulösen oder papulo-squamösen Syphilide mit kleinen Efflorescenzen; δ) die acneähnlichen Syphilide der behaarten Kopfhaut.

2. Die spät auftretenden sind: α) die pustulo-crustösen Syphilide ulceröser Form; β) das Ecthyma profundum, γ) die Rupia.

3. Bald zeitlich, bald spät auftretende sind: α) die Roseola gyrata; β) die papulo-squamösen Syphilide mit grossen Papeln; γ) die Psoriasis palmaris und plantaris; δ) die papulo-crustösen Syphilide; ϵ) die herpesähnlichen Syphilide; ζ) die acneähnlichen Syphilide des Stammes und der Extremitäten; η) die Impetigo; θ) das oberflächliche Ecthyma; ι) die pigmentären Syphilide.

Diese chronologische Reihe wird, wie bereits gesagt, ziemlich streng eingehalten und erfährt nur selten Störungen durch den Einfluss einer specifischen Behandlung. — Aber eine eigenthümliche Intensität der Krankheit, individuelle Anlage, Temperament, Constitution veranlassen manche Formen, vor der Zeit und häufiger aufzutreten. Oertliche Reize, Haut-Reize durch Thermal-Bäder, besonders in Schwefelwässern, können gleichfalls ein frühzeitigeres Erscheinen, gewissermassen ein Erscheinen ausser der Tour verursachen.

§ 59. Die Syphilis bedingt bei beiden Geschlechtern Ausfallen der Haare an den verschiedensten Körperstellen.

Das Ausfallen der Haare an der behaarten Kopfhaut ist eines der am häufigsten vorkommenden Symptome und es tritt diese Erscheinung sehr oft während der Periode der Frühformen, vom 3. Monate der Erkrankung angefangen, auf; viel seltener ist sie während und nach dem 2. Jahre und ist dieses verspätete Auftreten immer das Ergebnis einer Behandlung. Die Erscheinung hat im letzteren Falle auch meist an Intensität eingebüsst. Diese Manifestation der Diathese, Alopecie genannt, kann entweder in Folge von syphilitischen Exanthenen der behaarten Kopfhaut, oder auch, was weit häufiger geschieht, ohne ein solches eintreten. Im ersteren Falle ist wahrscheinlich auch die Haarzwiebel erkrankt, das Haar verliert seine Anheftung und fällt aus. Am häufigsten ist in dieser Beziehung das acneähnliche Syphilid zu inculpieren und ein nur wenig gekanntes, wiewohl nicht selten vorkommendes, pytiriasisähnliches Syphilid, die *Roseola furfuracea* der behaarten Kopfhaut, welche in zerstreut stehenden, linsengrossen, oder diffusen, ziemlich blassen, darum leicht zu übersehenden und deshalb auch wenig gekannten, mit feinen, microscopischen Schüppchen bedeckten Flecken besteht. Manchmal aber tritt die Alopecie ohne Exanthem auf und da ist die Ursache des Ausfallens der Haare ganz unbekannt. Man vermuthet, dass die Alteration, welche der gesammte Organismus in Folge von Syphilis erfährt, die Ursache jener Erscheinung sei und dass sich diese Alteration, was den Haarboden anlangt, in Veränderung der Secretion desselben, in Veränderung der Textur der Haarzwiebel äussert. Aber alles das ist bis heute unbewiesene Hypothese.

Schmerzen, Jucken, Hitzegefühl kommt dabei nicht vor. Die Alopecie hat keine Praedilectionsstellen, wodurch sie sich von anderen Arten der Alopecie unterscheidet. Die *Calvities senilis* z. B. kommt an den vorderen, oberen Stellen des Craniums vor und nie an den Seitentheilen. Die Alopecie der Syphilitischen betrifft entweder den ganzen Haarboden, wodurch das Kopfhaar sammt und sonders minder buschig wird, oder sie befällt bloss einzelne inselförmige Stücke der *pars capillata integumenti*, welche kahl werden. Die erstere Art ist die häufiger beobachtete und die charakteristischere, kann aber auch mit der anderen vereint vorkommen.

Die Alopecie hat verschiedene Grade. 1. In den meisten Fällen, besonders wenn die Diathese rechtzeitig behandelt worden ist, tritt nur ein leichter Grad ein. Die Haare fallen nur während einer gewissen

Zeit aus und der Verlust ist so unbedeutend, dass nur die Kranken allein denselben wahrnehmen. 2. Der Ausfall ist reichlicher; dann merkt auch die Umgebung des Kranken den Haarverlust; die Patienten wagen es nicht mehr, sich zu kämmen, denn nun fallen ihnen auch die Haare aus, wenn sie nur mit den Händen durch dieselben fahren. 3. Noch viel seltener ist der Haarverlust excessiv. Das ist besonders dann der Fall, wenn beide Arten, das Schütterwerden und das gänzliche Ausfallen an circumscribten Stellen, so dass man an denselben der weissen glänzenden Kopfhaut ansichtig wird, sich combiniren. 4. Endlich kann es geschehen, dass alle Haare ausfallen, was aber nur äusserst selten vorkommt.

Diejenigen Haare aber, welche bleiben, verlieren ihren Glanz, werden struppig und gleichen falschen Haaren. Es sieht dann aus, als ob die Kranken Perrücken tragen würden. Selbst sorgfältige Pflege, Pomadisiren etc. ist nicht im Stande, dieses Aussehen zu ändern.

Die Alopecia syphilitica ist nur temporär, besteht manchmal nur einige Wochen, gewöhnlich einige Monate, höchstens ein Jahr. Dann verliert sie an Intensität, selbst wenn sie nicht behandelt worden ist; die verlorenen Haare ersetzen sich wieder und nur jene Stellen sind ausgenommen, wo durch Geschwüre und Substanzverluste der behaarten Kopfhaut Zerstörungen des Haarsackes entstanden sind. Also andauernde Kahlköpfigkeit erzeugt die Syphilis niemals oder nur äusserst selten.

§ 60. Die Alopecie bildet sich sehr oft zu einer Zeit schon zurück, in der andere Manifestationen der Syphilis noch fortbestehen oder vielleicht gar neue auftauchen, und daraus geht hervor, dass sie für die Prognose der Diathese im Ganzen vollkommen irrelevant ist, dass man also aus ihrem Vorhandensein, aus dem Grade ihrer Entwicklung keinen Schluss auf die Schwere syphilitischer Erscheinungen, die sich an einem Kranken zeigen können, ziehen darf.

Was die Therapie anlangt, so muss vor Allem bemerkt werden, dass von allen localen Mitteln nichts zu erwarten sei. Die vielgerühmte Pomade von Dupuytren:

Medullae Bovis unciam,
Ol. jasmin dr. duas,
Extr. chin. fusc. Dr. unam,
Succ. citr.,
Tinct. canthar. ana dr. semis,
M. f. unguent.,

lässt ebenso im Stiche, wie die Waschungen mit Chinarindendecoct oder mit Cantharidentinctur und die vielen anderen, sonst den Kahlköpfen empfohlenen Mittel. Auch abschneiden oder abrasiren hilft nichts und man wird namentlich bei Frauen auf Widerstand stossen, wenn man ihnen das in seiner Wirksamkeit noch obendrein problematische Mittel vorschlägt, das Haar kurz zu tragen. Als rationell empfiehlt sich eine zweckmässige Pflege der Haare, wie sie in den Tagen der Gesundheit statt hat, und die Vermeidung des Gebrauches enggezählter Kämme und harter Bürsten, der Frisuren und des Haarschmuckes, durch welche an den Haaren stark gezerrt wird, und schliesslich — was die Hauptsache ist — müssen die Patienten einer zweckmässigen allgemeinen Behandlung unterworfen werden. Am wirksamsten zeigt sich auch das Quecksilber, und es darf hier nicht verschwiegen werden, dass viele Laien glauben, der früher angewendete Mercur sei die Ursache ihrer Haarverluste. Uebrigens heilt die Alopecie auch wohl von selbst, ohne jede Therapie, allerdings erst nach längerer Zeit.

§ 61. Der Haarverlust betrifft ausser dem Haarboden auch noch die Augenbrauen, die Wimpern, den Venusberg, die Achselgruben etc.

Die Alopecie der Brauen ist bei Weibern häufiger als bei Männern und besteht gleichfalls in einem Schütterwerden der Braue oder in einem vollständigen Ausfallen der Brauenhaare an circumscripten Stellen, oder in einer Combination beider Vorgänge. Sie kommt ferner auch in allen jenen Graden vor, welche oben bei der Alopecie des Haarbodens aufgezählt wurden. Der gänzliche Verlust der Brauen gibt dem Gesichte einen sonderbaren Ausdruck.

Das Ausfallen der Cilien tritt seltener ein und ist meist partiell; ausgenommen sind jene Fälle, bei denen syphilitische Geschwüre den ganzen (freien) Lidrand zerstörten.

Die Alopecie der Genitalien ist, obschon seltener als der Haarverlust der Kopfschwarte, doch häufiger als das soeben erwähnte Ausfallen der Brauen und Cilien. Sie wird besonders am Venusberg, seltener an den grossen Labien beobachtet.

Wenn die Alopecie nicht intensiv ist, wird sie nicht bemerkt, weil die Behaarung der Genitalien bei verschiedenen Individuen quantitativ äusserst ungleich ist; bei stärkerer Entwicklung kann sie zu einer vollkommenen Entblössung dieser Theile von Haaren führen, die dann aussehen, als wären sie gemeisselt, wie bei einer Statue.

§ 62. Die Erkrankungen der Nägel in Folge von Syphilis betreffen entweder gleich von vornherein die Nagelsubstanz — Onychie — oder die Umgebung der Nagelsubstanz und diese letztere gar nicht oder nur consecutiv — Perionychie.

§ 63. Die Onychie umfasst folgende Unterarten:

1. Gebrechlichkeit des Nagels und Ausbrechen desselben. Der freie Rand des Nagels spaltet sich und der Nagel bricht beim leisesten Drucke. Das Abschneiden des Nagels am freien Rande, um ihn wo möglich vor Insulten (durch Anstossen etc.) zu schützen, nützt nichts; er bekommt trotzdem Sprünge, wird uneben, zackig und oft setzen sich die Einrisse durch die ganze Länge des Nagels vom Rande aus fort. Dieser Process wird an den Nägeln der Finger häufiger beobachtet, als an denen der Zehen.

2. Theilweise Loslösung des Nagels von der Unterlage, und zwar zuerst an den Stellen in der Nähe des freien Randes beginnend (zum Unterschiede von anderen Arten von Onychie, bei denen die Loslösung den entgegengesetzten Weg einschlägt). Diese kann so weit schreiten, dass mehr als die Hälfte der Nagelsubstanz von der Matrix losgehoben erscheint, was schon beim ersten Blick durch einen Unterschied der Farbe zwischen der losgehobenen und der noch anhaftenden Partie auffällt. Diese Loslösung kann schliesslich den ganzen Nagel betreffen und zum Verluste desselben führen, meist aber beschränkt sie sich auf die Hälfte oder ein Drittheil des Nagels. Heilung tritt dadurch ein, dass die losgehobenen Partien immer mehr nach vorne rücken und schliesslich abgestossen werden, während die neuanschliessenden Nagelpartien der Matrix adhaerent sind und bleiben.

3. Vollkommene Loslösung und Abfall des Nagels (*Alopecia unguealis*). — Der Nagel löst sich allmählig von seiner Unterlage in seinem ganzen Umfange los, dann fällt er ab und lässt die blossen Matrix zurück. Der ganze Process verläuft schmerzlos, so dass Personen, welche ihrem Körper wenig Aufmerksamkeit schenken, darüber erstaunt sind, einen oder mehrere ihrer Finger plötzlich ohne Nagel zu sehen, besonders an den unteren Extremitäten. An den oberen entzieht sich der Process natürlich der Beobachtung nicht so leicht. Man sieht dann den Nagel in der Nähe seiner Wurzel sich auffallend wölben, von der Unterlage sich abheben und hinter ihm zeigt sich eine kleine rothe, trockene und schuppige Fläche, welche nichts anderes als

die Nagelmatrix ist. Diese Fläche wird von Tag zu Tag im Umfange beträchtlicher, je nachdem die Elimination des Nagels fortschreitet; dann wird der Nagel locker und fällt schliesslich ab. Aber noch bevor dies geschehen ist, hat hinter ihm sich schon ein neuer Nagel zu entwickeln begonnen. Dieser wächst und ist entweder so regelmässig wie derjenige, den er ersetzen soll, oder er ist gekrümmt und hakenförmig. Manchmal kommt es zu keinem Wiederersatz des verloren gegangenen Nagels, sondern nur zu einer Anhäufung unregelmässig angeordneter Hornplättchen an Stelle desselben.

4. *Onychia hypertrophica* (*Psoriasis unguealis*) besteht in einer Verdickung des Nagels um das 3—4fache seines ursprünglichen Volumens. Diese Verdickung ist äusserst selten und zeigt sich besonders am freien Rande, ist auch dort allein nur wahrnehmbar. Man findet ihn nicht nur verdickt, sondern auch runzelig, in Schichten gespalten, splitterig und schieferig.

§ 64. Die *Perionychia syphilitica* ist, wie oben gesagt, eine syphilitische Erkrankung der Umgebung des Nagels mit oder ohne consecutive Erkrankung der Nagelsubstanz; sie umfasst folgende Unterarten:

α. Die trockene Perionychie, welche in die schuppige und hornige zerfällt.

1. Die schuppige trockene Perionychie, besteht aus einem papulo-squamösen Syphilide in der Nachbarschaft des Nagels entweder an einem seiner Ränder, oder am Ende des Fingers oder der Zehe unter dem freien Rande der Nagelplatte. Diese Form bietet ausser ihrer Hartnäckigkeit nichts Besonderes.

2. Die hornige trockene Perionychie besteht in einer Verdickung der Epidermis an den Rändern der Nagelplatte. Der Verlauf ist folgender: An der Stelle, wo die Haut sich umbiegt, um den Nagel einzurahmen, bildet sich ein kleiner, länglicher, leicht vorspringender Wulst, welcher durch Hypergenese normaler Epidermidalzellen zu Stande kommt. Dieser Wulst wächst, wird hart und hornig. Anfangs ist er ganz indolent, später juckt er und der Kranke kratzt an demselben, sucht ihn wegzuscheuern, gelangt aber nicht ans Ziel, denn so viel er auch wegkratzt, noch vielmehr bildet sich rasch neu an Stelle des Entfernten. Am Ende wird die Partie leicht empfindlich, blutig, stellenweise excoriirt, besonders in der Gegend der Seitenfurche des

Nagels und bleibt so lange in dem geschilderten Zustande, bis eine zweckmässige Behandlung eingeleitet worden ist.

2. Die entzündliche Perionychie (der syphilitische Eiter-nagel) ist schon eine wichtigere Erkrankung und besteht in einer sub-inflammatorischen Anschwellung, welche sich entweder an der Seite oder an der Wurzel des Nagels entwickelt, leicht schmerzhaft, resistent, röthlich oder rothbraun und der Anschwellung wie bei einem gewöhnlichen Eiternagel ähnlich ist. Aber die hier abgehandelte Krankheit unterscheidet sich von letzterem durch den langsamen und chronischen Verlauf und durch den Ausgang. Es kommt nämlich fast nie zur Abscessbildung. Die Anschwellung bleibt ziemlich lange Zeit hart und fest, dann atrophirt sie und schwindet, oder sie ulcerirt an der Oberfläche so, wie die syphilitische Papel.

Obwohl diese Form der Perionychie während der ganzen Dauer des Prozesses und in der ganzen Ausdehnung des leidenden Theiles meistens trocken bleibt, so kommt es doch mitunter zur Eiterung. Es bildet sich nämlich bisweilen an der Furche am Saume des Nagels eine Grube. Diese Stelle wird durch Kratzen irritirt, excoriirt sich, eitert leicht und bedeckt sich mit adhärensten Krusten. Der Verlauf ist ein, besonders an den Händen, in dem geschilderten Stadium lange fortbestehender und endet selten mit dem Verluste des Nagels. Wenn aber, wie das vorzukommen pflegt, die grosse Zehe afficirt ist, wenn die Erkrankung vernachlässigt, sich selbst überlassen wird, gesellen sich zu ihr die Erscheinungen des „eingewachsenen Nagels“ ähnlich denen der Perionychia ulcerosa.

3. Die Perionychia ulcerosa ist die schwerste Form der syphilitischen Nagelerkrankungen. Sie ist consecutiv, wie soeben auseinandergesetzt wurde, als Ausgang der Perionychia inflammatoria, wenn diese letztere in die Länge gezogen, chronisch geworden ist oder durch verschiedene Veranlassungen, als: schlechte Behandlung, Märsche, Fatiguen, enge Fussbekleidung irritirt wurde.

Sie kann aber auch primär auftreten als das Ergebnis ulceröser Syphilide, die sich in der Peripherie des Nagels etablirt haben.

Immer besteht sie in einer Ulceration, welche den Nagel theilweise oder vollständig umgibt und gewöhnlich auf einer entzündlichen, den Nagel überragenden, dunkelrothen oder veilchenfarbenen, lividen Anschwellung sitzt. Sie ist immer ziemlich grubig, von unregelmässiger

Form, mit steilen Rändern, saniösem, grauen, schwammigen Grunde und secernirt eine seropurulente, blutig gestriemte, schlecht gebundene, bisweilen Detritus führende Flüssigkeit.

Wenn die Erkrankung an den Füßen sitzt — meist ist die grosse Zehe afficirt — gesellen sich zu ihr in Folge des Umhergehens Entzündungserscheinungen. Die benachbarten Parthien werden roth, schwellen oft enorm an, die Ulceration bekommt eine livide Farbe, unebenen Grund, secernirt einen sanguinolenten, fötiden Ichor und ist theilweise mit gangraenösen Fetzen bedeckt. Mehr oder weniger heftige Schmerzen treten auf und erschweren das Gehen oder machen es unmöglich.

Wenn diese Form der Perionychie mit dem grubigen Geschwüre längere Zeit bestanden hat, so geschieht es zuweilen, dass der Grund des entstandenen Geschwürs sich in Folge von übermässiger Fleischwärtchenwucherung hebt und die Granulationen sogar den Nagel theilweise bedecken.

Die Perionychia ulcerosa hat immer einen chronischen Verlauf. Einmal entwickelt bleibt sie entweder, wie sie ist, oder sie sucht sich, besonders bei Vernachlässigung, um den ganzen Nagel auszubreiten. In letzterem Falle nimmt das Finger- oder Zehenende in Folge der übermässigen, über 1 Centimeter hohen Wucherung der Granulationen und der consecutiven Anschwellung der benachbarten Gewebe eine eigenthümliche Form und enormen Umfang an. Der letzte Phalanx wird entweder spatelförmig oder keulenförmig und überragt die anderen Phalangen, welche ihm gegenüber abgemagert erscheinen, so dass der betreffende Finger oder die betreffende Zehe trommelschlägelähnlich wird. Der Nagel sitzt meist in Mitte des Geschwüres, von Fleischwärtchen eingeschlossen, erscheint geschrumpft und beweglich, denn seine Adhaerenzen mit der Matrix sind gelöst und mit einer Pincette kann man ihn abheben oder er fällt spontan ab, was, da er auf die Wunde nur wie ein fremder Körper wirkt, für den Verlauf günstig ist. In Folge seiner Rigidität und seiner scharfen Ränder reizt er nämlich unaufhörlich die Nachbarschaft, steigert die Entzündung, veranlasst heftige Schmerzen und erst, wenn er beseitigt ist, kann Heilung eintreten. Wird die Perionychia syphilitica einer Behandlung unterworfen, dann heilt sie und wenn die Matrix des Nagels nur oberflächlich oder theilweise zertört ist, bildet sich ein neuer Nagel, der aber missstaltet, unvollständig und verkrümmt ist. Ist jedoch die Nagelmatrix in bedeutende-

rer Tiefe oder in grossem Umfange zerstört, dann bilden sich nur kleine, hornige, flache oder gewölbte Plättchen. Das Finger- oder Zehende bleibt dann missstaltet für Lebenszeit und stellt eine Art unregelmässigen Stumpfes dar, welcher statt des Nagels eine trockene, harte, unregelmässig mit Nageltrümmern bedeckte Fläche aufweist.

§ 65. Die eigentliche Onychie bedarf ausser der Allgemeinbehandlung der Diathese nicht weiter des ärztlichen Einschreitens, die Perionychie dagegen bedarf ausser der Allgemein- auch noch der Localbehandlung, ja man möchte fast sagen, diese sei hier das eigentlich Wirksame.

Die trockene Form der Perionychie erheischt nur Deckmittel. Man braucht nur die erkrankte Partie vor Reibung zu schützen. Zu dem Behufe bedeckt man sie mit Goldschlägerhäutchen, Heftpflaster, mit einem Fingerlinge von Handschuhleder oder Kautschuk.

Die Perionychia inflammatoria verlangt die örtliche Anwendung des antiphlogistischen Apparates durch einige Tage, allgemeine Bäder, locale Bäder, erweichende Cataplasmen, welche noch obendrein die Krusten beseitigen helfen. Nach 3—4 Tagen kommen dann Einwicklungen mit Heftpflaster oder Emplastrum de Vigo, welche, höchstens noch unterstützt durch Einpinselungen von Jodtinctur, zum Ziele führen.

Die Perionychia ulcerosa erheischt ganz im Beginne, wenn die Entzündungserscheinungen heftig sind, antiphlogistische Behandlung: wiederholte und länger andauernde allgemeine Bäder, absolute Ruhe, wenn die Erkrankung die Zehen befallen hat, und dann wende man so bald als möglich den deckenden Verband mit Emplastrum de Vigo an; er vermindert den Schmerz und verändert die Beschaffenheit der Wunde, welche bald zu vernarben beginnt, in vortheilhafter Weise.

Es wird auch das Einstauben mit einem Jodoformpulver sehr gerühmt, sowie (von Diday) Bepinselungen mit Nitras argenti.

Zeitweilig wird auch, wenn die Vernarbung zögert, die Bepinselung mit Jodtinctur, Bestreichung mit Nitras argenti en crayon nothwendig sein, besonders bei starker Wucherung der Granulationen. Wegen letzterer wird man mitunter stärkere Caustica anwenden, ja man wird die Fleischwärzchen sogar manchmal zeitweilig ausschneiden müssen.

Ebenso wird der Nagel, wenn er ein Hindernis der Heilung abgeben und nicht spontan abfallen sollte, zu beseitigen sein; man erreicht dadurch den doppelten Vortheil: 1. einen wie ein fremder Körper wirkenden Gegenstand entfernt zu haben und dann 2. einen zweck-

mässigen Oclusivverband anlegen zu können. Man wird zu dem Ende selten Gewalt brauchen, weil in den meisten Fällen der Zusammenhang zwischen dem Nagel und seiner Unterlage gänzlich oder bis auf einen geringen Rest aufgehoben ist. Sollte dies nicht der Fall sein, so empfiehlt es sich eher, ihn stückweise nach und nach abzureissen, als mit einem Coup wegzureissen.

III. CAPITEL.

Die Erkrankungen der Schleimhaut während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 66. Die Syphilis hat auch verschiedenerlei Manifestationen auf den Schleimhäuten zur Folge. Sie sind bei beiden Geschlechtern sehr häufig, nur muss man sagen, dass sie beim Weibe excessiver auftreten. Wenn eine energische und fleissige Behandlung im Stande ist, einzelne Frauen vor Syphiliden auf der Haut zu schützen, auf den Schleimhäuten erkrankt eine jede. Dazu kommt noch, dass diese Manifestationen der Diathese viel häufiger Recidiven unterworfen sind, als die Syphilide, welche Recidiven entweder in derselben Epoche oder in verschiedenen Epochen der Krankheit sich zeigen. Die Folge hievon ist, dass die syphilitischen Affectionen der Schleimhaut am meisten zur Beobachtung kommen und deshalb besonders berücksichtigungswerth sind. Man hat gesagt, dass die Erkrankungen der Schleimhäute nichts anderes sind, als Wiederholungen der Erkrankungen des integumentum commune. Natürlich werden dabei Veränderungen platzgreifen, welche durch die Verschiedenheit des anatomischen Baues und durch den Umstand, dass die Affectionen auf einer stärker secernirenden Fläche sitzen, bedingt sind. — Es gibt aber doch Syphilide, welche keine Analogien unter den Schleimhaut-Affectionen haben, und umgekehrt Schleimhaut-Affectionen, welche keine Analogie unter den Affectionen der Haut besitzen.

Man hat die syphilitischen Manifestationen auf der Schleimhaut gewöhnlich allesammt mit dem Namen *Plaques muqueuses* belegt. Diese Gesamtbezeichnung muss aufgegeben werden; denn es kommen diese Erkrankungen nicht bloß auf den Schleimhäuten vor. Zwar sind

die Genitalschleimhaut, die Mundschleimhaut vorzugsweise der Sitz dieser Affectionen; ferner kommen sie auf anderen Schleimhäuten, z. B. auf der des Anus, des Pharynx, des Larynx, der Nasenhöhlen, der Augenlider u. s. w. ziemlich häufig vor. Aber man bemerkt sie doch auch auf einzelnen Theilen der allgemeinen Decke, welche sich durch ihre speciellen anatomischen Bedingungen, durch Feinheit der Textur und fortwährende Bähung den Schleimhäuten nähern; dahin gehören die Plicaturen an den Beugeseiten einzelner Gelenke und jene Stellen, die durch Aneinanderlagerung in einem beständigen Contacte erhalten sind. Aus diesem Grunde bemerkt man sie nicht selten in der Nähe der Vulva, an der äusseren Seite der grossen Labien, am Perinäum, in der Genito-Cruralfalte, am Rande des Anus, an der inneren oberen Schenkelfläche, zwischen den Hinterbacken, am Nabel, an der unteren Fläche der Brustdrüsen (besonders bei Weibern, die umfangreiche und hängende Brüste haben), in der Achselhöhle, in der Auriculo-Temporalfalte, in allen Falten, welche in Folge von Fettleibigkeit zu Stande kommen, etc.

Diese Affectionen der Haut sind begreiflicherweise bei Weibern häufiger als bei Männern. Es fragt sich nun, um welche Zeit der Krankheit entwickeln sich mucöse Syphilide? — Antwort: Ausschliesslich während der Periode der Frühformen. Sie gehören auch nach ihrem klinischen Verlauf, nach ihrem anatomischen Charakter, ihrer Gutartigkeit und wegen des Umstandes, dass sie meist die Oberfläche der Gewebe betreffen, dieser Periode an. Nicht selten, besonders bei Weibern, sind die Affectionen der Schleimhaut die ersten Manifestationen der Allgemeinerkrankung, welche auf den „Schanker“ folgen. Während der ganzen Dauer der Periode der Frühformen, d. h. während der ersten zwei oder drei Jahre nach stattgefundenener Infection, sind die mucösen Syphilide fortwährend an der Tagesordnung, zumal bei den nichtbehandelten Kranken, bei denen sie sich immer von Neuem erzeugen. Andererseits entgegen ihnen auch, wie bereits gesagt, die behandelten Kranken nicht leicht. Endlich muss bemerkt werden, dass die mucösen Syphilide bisweilen die letzten Symptome jener Periode sind und manchmal sogar nach Verlauf derselben auftreten. Dies ist besonders der Fall bei Individuen, welche eine lange und im Ganzen ziemlich erfolgreiche Behandlung durchgemacht haben, die aber nicht stark genug war, die Diathese zum Verschwinden zu bringen. Wenn man bei solchen Kranken auch keine auffälligen Symptome bemerkt, so kommt es doch zu gewissen leichteren Affectionen der Schleimhaut.

Der speciellen Erörterung der einzelnen Schleimhautaffectionen müssen einige allgemeine Bemerkungen über die Eigenschaften, die allen hieher gehörigen Erkrankungen zukommen, vorausgehen:

1. Alle hieher gehörigen syphilitischen Schleimhautaffectionen entwickeln sich, so wie die Syphilide der Haut und so wie überhaupt die anderen Manifestationen der Syphilis, lediglich in Folge der Diathese und durch keine andere Veranlassung. Es ist dies wichtig zu wissen, um auch in medico-legaler Hinsicht constatiren zu können, dass gewisse anale oder perianale Schleimhautaffectionen das Ergebnis eines an anderer Stelle stattgefundenen Eindringens des syphilitischen Giftes in den Organismus und nicht, wie mitunter irrthümlich behauptet wurde, einer an dieser Stelle (am After) stattgefundenen Contamination sind. So ist es ferner z. B. vorgekommen, dass man Ammen irrthümlich beschuldigt hat, ihre Säuglinge inficirt zu haben, weil diese Säuglinge auf der Lippenschleimhaut Plaques trugen. Und doch waren diese Plaques nicht das Resultat einer an den Lippen stattgefundenen Infection, sondern rührten von der hereditären Allgemein-Erkrankung des Kindes her. Dies schliesst aber begreiflicherweise und wie auch aus früheren Erörterungen bezüglich des Sitzes des „Schankers“ hervorgeht, nicht aus, dass nicht der Locus infectionis auf einer Schleimhaut sich befinden könne.

2. Die mucösen Syphilide secerniren alle, als erosive wenig als ulceröse mehr.

3. Das Secret, welches sie liefern, ist an dem Träger derselben **nicht** impfbar oder, wie man sich auch sonst ausdrückt, das Secret des mucösen Syphilides ist **nicht** autoinoculabel. Man hat das Gegentheil behauptet, weil dieses Gegentheil in seltenen Ausnahmefällen gelungen ist. Aber von der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle gilt die Autoinoculabilität **nicht**.

4. Die mucösen Syphilide sind sämmtlich, und zwar im höchsten Grade contagiös und man kann sagen, dass durch diese Manifestationen der Syphilis die meisten Uebertragungen auf Gesunde stattfinden; denn erstens sind sie viel häufiger als der „Schanker“; dann kommt der „Schanker“ nur einmal zum Vorscheine und besteht nur einige Wochen; die mucösen Syphilide können dagegen zwanzigmal und noch öfter in den ersten drei bis vier Jahren nach stattgefundener Infection auftreten, und jede von diesen Recidiven besteht einige Zeit. Ferner sind die Schleimhautsyphilide ziemlich über den Körper verbreitet; weiters ist ihr Vorhandensein in Folge ihres meist keine Beschwerden verursachen-

den Verlaufes den Kranken oft unbekannt, welcher Umstand vom Coitus, der vielleicht sonst vermieden worden wäre, nicht abhält. In gleicher Weise wirkt auch der Umstand, dass sie manchmal ziemlich spät auftreten, oft zu einer Zeit, wo der Kranke glaubt, von der Syphilis schon geheilt zu sein.

5. Die Schleimhaut-Syphilide sind, wie bereits wiederholt bemerkt, äusserst häufigen Recidiven unterworfen; so häufigen, wie wir sie bei keinen anderen Manifestationen der Syphilis beobachten.

6. Sie sind schliesslich leicht zu beseitigen, aber es ist nicht immer der Fall, dass sie einen so gutartigen Verlauf nehmen; sie haben manchmal ein ziemlich bedrohliches Aussehen und weichen der eingeschlagenen Therapie nicht immer in einigen Tagen. Aber im Allgemeinen kann man doch von der enormen Majorität der Fälle behaupten, dass sie selbst durch eine einfache Therapie in kurzer Zeit beseitigt werden, was von den analogen Erkrankungen der Haut nicht gilt.

§ 67. Die Manifestationen der Syphilis an den Schleimhäuten lassen sich (nach Fournier) in 4 Classen eintheilen; in 1. erosive, 2. papulo-erosive, 3. papulo-hypertrophische und 4. ulceröse Syphilide der Schleimhaut.

Die erosiven Syphilide betreffen die Schleimhaut nur oberflächlich. Die papulo-erosiven sind die eigentlichen Plaques muqueuses. Die papulo-hypertrophischen sind grossgewordene Papeln auf der Schleimhaut, welche mitunter wahrhafte Tumoren darstellen können. Die ulcerösen Syphilide zerstören die Schleimhaut in einer beträchtlicheren Tiefe, gerade so wie die allgemeine Decke durch Impetigo und Ecthyma angegriffen wird. Verschiedene Bedingungen können die Gestalten dieser vier Typen verändern und Varietäten derselben hervorrufen. Ausserdem bieten die hieher gehörigen Manifestationen der Syphilis Verschiedenheiten je nach ihrem Sitz dar und aus diesem Grunde sollen sie auch nach den Orten ihres Vorkommens gesondert betrachtet werden.

§ 68. Die Syphilide an den Schleimhäuten der Genitalien.

Das Syphilid der Vulva.

Die Vulva besteht eigentlich aus zwei verschiedenen Abtheilungen: 1. einer cutanen, welche die äussere Fläche der grossen Labien umfasst, und 2. einer mucösen, welche von der Innenfläche der grossen Labien, von den Nymphen, der Clitoris und von dem Infundibulum

vulvovaginale gebildet wird. Auf der Schleimhautpartie findet man immer jene Formen, welche den Schleimhäuten überhaupt zukommen. Auf der äusseren Fläche der grossen Labien findet man zuweilen die Formen, welchen wir auf den Schleimhäuten begegnen, mitunter aber auch jene, welche auf der allgemeinen Decke gefunden werden, als: die trockenen papulösen Syphilide, die papulo-squamösen, die papulo-crustösen Syphilide, Ecthyma, Impetigo u. s. w. Am häufigsten kommen auf der äusseren Fläche der grossen Labien papulöse Syphilide vor, und zwar als lenticuläre, bestehend aus isolirten, runden, scheibenförmigen, trockenen, leichtschuppigen, verschieden (von linsen- bis über kreuzer-) grossen Papeln. Sie finden sich fast immer in ziemlich beträchtlicher Anzahl, fliessen bisweilen zusammen und bilden papulöse Plaques von beträchtlicher Ausdehnung. Ferner kommt vor das papulöse Syphilid in Gyris, das bereits früher geschildert wurde. Es besteht in gleichmässigen, platten, leicht vorspringenden, rosenrothen oder röthlichen, trockenen Gyris, die leicht mit Schuppen bedeckt, nicht durch Zusammenfliessen benachbarter Papeln entstanden sind, sondern die ursprünglich gleich als solche angelegt waren und eine beträchtliche Ausdehnung haben. Sie nehmen einen mehr oder weniger grossen Theil eines grossen Labiums, manchmal ein ganzes, bisweilen beide grosse Labien auf einmal ein. Mitunter erstrecken sie sich über die Nachbargenden: über die Genito crural - Falte, das Perinäum, die Schenkel, den Venusberg. Bemerkenswerth ist, dass sie nicht blos eine beträchtliche Anschwellung der Theile, die sie einnehmen, bedingen, sondern dass sie diesen auch eine eigenthümliche Resistenz verleihen. Ein auf diese Weise erkranktes grosses Labium ist nicht einfach an Volumen vergrössert, sondern es ist gleichzeitig hypertrophirt und indurirt; es bietet dem Finger eine eigenthümliche trockene Härte, wie man sie nicht beim Oedem findet, welche sich durch Druck nicht beseitigen lässt, die so wie ein Sclerem Widerstand leistet.

Von anderen Syphiliden, die sich auf der äusseren Fläche der grossen Labien finden, seien erwähnt: die papulo-crustösen, von Papeln gebildet, die von wenig adhären, sie krönenden Krusten und Krüstchen bedeckt sind, das impetiginöse Syphilid, das oberflächliche und ausnahmsweise das tiefgreifende Ecthyma. Diese verschiedenen Ausschläge bieten hier kein anderes Aussehen als an anderen Körperstellen. Fallen die Krusten derselben ab, sehen die Efflorescenzen, namentlich wenn ihrer nur sehr wenige vereinzelt vorkommen, einfachen Schankern gleich, mit denen sie leicht verwechselt werden können.

Die Syphilide der äusseren Fläche der grossen Labien kommen sehr häufig mit Syphiliden der Schleimhaut der Vulva gleichzeitig vor und da kann man sich leicht von der Identität beider Formen überzeugen. Man sieht nämlich zu gleicher Zeit an der äusseren Seite der grossen Labien trockene Papeln und an der inneren Fläche feuchte erosive Papeln. Manchmal sitzt eine Efflorescenz zur Hälfte auf der äusseren, zur Hälfte auf der inneren Seite des grossen Labiums und ist auf jener eine squamöse, auf dieser eine feuchte oder eine erosive Papel. Daraus ergibt sich, welchen wesentlichen Einfluss der Sitz auf das Aussehen der Efflorescenz hat.

Die mucösen Syphilide der Vulva sind ungemein verbreitet, so dass die meisten syphilitischen Weiber, namentlich der niederen Classe, von ihnen befallen sind. Man findet sie an der Schleimhaut der Vulva in folgender Häufigkeitsscala: An den grossen Labien (hier sitzen sie am öftesten), an den kleinen Labien, in der Furche zwischen beiden, am Præputium der Clitoris und an dieser selbst, am Infundibulum vulvovaginale, am Vestibulum; ausserdem kommen sie auf der Haut in der Gegend um die Vulva, in der Plica genito cruralis, am Perinäum, an der oberen inneren Schenkelfläche, sogar in der Leiste vor. Alle diese Gegenden bieten nämlich durch Feinheit der Haut, Wärme und constante Bähungen, Aneinanderlagerung und wechselseitige Reibung, Befeuchtung mit Vaginal-Secret, Urin, den Menstrual-Flüssigkeiten günstige Bedingungen für die Umwandlung der trockenen Efflorescenzen in feuchte.

Betrachten wir nun die einzelnen Arten, welche man daselbst findet, näher. Weil an der Vulva die Typen der Schleimhaut-Syphilide fast alle vertreten sind und Schleimhaut-Syphilide überhaupt am häufigsten dort vorkommen, mag eine specielle Erörterung derselben hier gleich Platz finden:

§ 69. I. **Gattung. Die erosiven Schleimhaut-Syphilide** sind oberflächlich und betreffen nur den Substanzverlust des Epithels. Die Erosionen sind gewöhnlich klein, begrenzt, wechseln von Linsengrösse bis zur Grösse eines Kreuzers. Bald sind sie rund, bald elliptisch, ovalär, in der Richtung der Schleimhautfalten verlängert, spaltförmig u. s. w. Sie sind flach und liegen mit den Nachbargeweben in einem Niveau, liefern eine geringe Quantität eines serösen, gelblichen, pyöiden Secretes. Ihre röthliche Farbe ist dieselbe, welche man bei der blossgelegten Schleimhaut bemerkt. Sie sind von den gewöhnlichen Ero-

sionen der Gegenden, an denen sie sich finden, nicht verschieden, schmerzlos, verursachen kein Jucken und werden deshalb manchmal während ihres ganzen Verlaufes von den Kranken nicht beachtet. Das macht sie um so gefährlicher für die Uebertragung, weil die mit solchem Leiden behafteten Frauen nach wie vor den Coitus ausüben. Das erosive Schleimhaut-Syphilid besteht in der Regel aus mehreren neben einander gruppirten Erosionen von der geschilderten Beschaffenheit, deren Anzahl und Umfang klein ist, wenn der Kranke schon behandelt worden ist.

Sie sind unter den mucösen Syphiliden die gutartigsten: gutartig an sich, wenig belästigend und leicht heilend. Wäscht man diese Erosionen mit irgend einer Flüssigkeit, bedeckt man sie mit einem isolierenden Pulver (wie z. B. Oxydum zinci) und mit einer Schichte Watta, so sind sie in 1—2 Tagen verschwunden.

Die Diagnose ist dagegen ziemlich schwer und in einzelnen Fällen sind sie von einfachen Aufschürfungen, herpetischen oder entzündlichen Erosionen nicht zu unterscheiden. Jede einzelne syphilitische Erosion für sich betrachtet, kann von einer einfachen Aufschürfung nicht unterschieden werden. Nur durch ihre gewöhnlich vorhandene, grössere Anzahl, durch die runde Form, ihre Ausbreitung, ihre Indolenz, ihren Sitz in Gegenden, welche durch die geschlechtliche Vereinigung nicht aufgeschürft werden, lassen sie sich von oberflächlichen traumatischen Verletzungen, wie sie der Coitus manchmal mit sich bringt, auseinanderhalten.

Dazu kommt noch, dass anderweitige Manifestationen von Syphilis, die vielleicht gleichzeitig vorhanden sind, und die Anamnese — dunkle Fälle aufklären. Ebenso können entzündliche Erosionen, wie sie die Vulvitis erosiva mit sich bringt, durch ihre beträchtliche Ausdehnung, durch ihre wenig regelmässige Contour, ihre lebhaft rothe Farbe, reichlichere Secretion, grössere Schmerzhaftigkeit meistens, aber nicht immer von den syphilitischen Erosionen unterschieden werden. Die Erscheinungen der periferen Entzündung werden die Diagnose der Vulvitis erosiva zuweilen erleichtern.

Der Herpes nähert sich dem erosiven Schleimhaut-Syphilide noch mehr als das im Vorhergehenden geschilderte Leiden. Er unterscheidet sich dadurch, dass er nur im Beginne pruriginös ist, dass seine Erosionen kleiner, besser umschrieben und bisweilen sogar einfach miliär, regelmässig kreisförmig und ziemlich häufig in Gruppen mit polycyklischen Contouren angeordnet sind.

§ 70. 2. Gattung. Das papulo-erosive Schleimhaut-Syphilid.

(Synonima: Das papulo-mucöse Syphilid, die feuchte Papel, der Schleim-Tuberkel, der flache Schleimknoten, die Schleimpapel etc.)

Diese Form ist die häufigste unter den Schleimhaut-Syphiliden. Jede einzelne Efflorescenz derselben besteht in einem Vorsprunge, einer Papel, die durch ein in dem Bindegewebs-Antheile der Schleimhaut sitzendes Neoplasma gebildet wird, abgeplattet, scheibenförmig ist und in der Regel ein Plateau darstellt, das sich wenig über das Niveau der Nachbarschaft erhebt. Man kann sagen, dass die neugebildete Masse, welche ihr Wesen ausmacht, in Form eines Meniscus abgelagert ist. Ihre Begrenzung ist fast immer kreisförmig und ihre Fläche zuweilen convex, so dass sie aussieht, als ob man auf die Schleimhaut ein kleines Zeltchen angeleimt hätte. Selten ist sie ovalär, verlängert, elliptisch. Sie ist linsengross bis zur Grösse eines Kreuzers und darüber. Ferner ist die Oberfläche der Schleimpapel jenes Epitheliums beraubt, welches gewöhnlich die Schleimhaut bedeckt. Sie ist feucht und secernirend wie eine Wunde, sie liefert aber doch nur eine trübe, seröse Flüssigkeit, die solche Flecke in der Wäsche hervorruft, wie das Secret einer Vesicatoire-Blase, und in welcher das Microscop eine Mischung von Epithelzellen und Eiterkörperchen gefunden hat. Dieses Secret ist selbst, wenn die Anzahl der Papeln gering ist, ziemlich copiös und hat einen faden, nahezu fötiden Geruch, welcher aber nichts Eigenthümliches darbietet. Wenn die Kranken keine Umschläge machen und unrein sind, so steigert sich dieser Geruch bis zum Ekelhaften.

Die erodirte Oberfläche der einzelnen Efflorescenz ist bald glatt und eben, bald leicht granulirt und chagrinirt, verschieden in der Farbe, aber meist dunkelroth. Bisweilen ist sie mit weissen, feinen Körnchen besetzt.

An und für sich ist sie indolent; sie erzeugt während ihres ganzen Verlaufes kein Jucken, kein Stechen, keinen Schmerz. Nur wenn sie durch Reiben, durch Gehen, Mangel an Pflege irritirt wird, veranlasst sie ein mehr oder weniger gênantes, bisweilen sogar schmerzhaftes Jucken. Gleichzeitig röthet sich dann die Oberfläche, secernirt mehr und das Secret nähert sich dem Eiter.

Das papulo-mucöse Syphilid besteht aus einer mehr oder weniger beträchtlichen Anzahl solcher Papeln, welche nahe nebeneinander stehen und bald mehr, bald weniger zusammenfliessen; — in seltenen Fällen

ist die ganze Vulva und Gegend um dieselbe buchstäblich von derartigen Syphilisproducten bedeckt, doch gibt es auch Fälle, wo man nur 2 oder 3, auch wohl nur eine einzige wahrnehmen kann.

Sehr häufig findet man, dass, wenn eine Papel auf einer Seite des Körpers entwickelt ist, auf der jenseits der Medianlinie gegenüberliegenden, mit dieser Stelle in Contact kommenden Partie der Schleimhaut oder Haut sich eine zweite entwickelt. Das hat zu dem Irrthume Veranlassung gegeben, als wäre das Secret der Papel autoinoculabel (d. h. impfbar an dem Träger derselben). Die experimentelle Impfung hat aber das Gegentheil erwiesen. Es verdankt vielmehr diese zweite, der ersten gegenüberliegende Papel ihre Existenz der Reizung, welcher ihr Sitz durch den Contact mit dem Secrete jener früher vorhanden gewesenen Papel unterworfen ist, d. h. die ganze betreffende Haut oder Schleimhaut ist zur Papelbildung geneigt, an der durch Papelsecret irritirten Stelle jener Partie aber entwickelt sich die in Rede stehende Efflorescenz leichter als anderwärts. Es wirkt somit die eine Papel auf die gesunde, später von einer zweiten eingenommene Hautstelle gerade so, wie ein anderer Hautreiz und **nicht** durch ihre Specificität.

Wenn mehrere Papeln nahe bei einander entstehen, geschieht es oft, besonders in der Vulva, dass sie bei fortschreitender Vergrößerung verschmelzen und einen Gyrus darstellen. Dieser Gyrus hat natürlich eine der Anzahl zusammengeflossener Efflorescenzen entsprechende Ausdehnung. Er ist oft so beträchtlich, dass er über ein grosses Labium und über die Nachbarschaft desselben hinaus sich erstrecken kann und stellt dann ein mehrere Centimeter im Umfange messendes, 2–3 Millimeter über die Nachbarschaft erhabenes, grosses papulöses Plateau dar. Man erkennt ohne Mühe schon an dem Umstande, dass die Circumferenz aus aneinanderstossenden Kreissegmenten gebildet erscheint, die Art seiner Entstehung. Bald breitet sich ein solcher Gyrus weit über eine Fläche aus, bald verlängert er sich nach der Richtung einer Hautfalte, je nach dem Sitze. Er ist roth, entzündet, pruriginös, secernirt reichlich eine seropurulente, gelbliche Flüssigkeit und überzieht sich stellenweise mit Krusten. Seine granulirte Oberfläche ist von mannigfach sich durchkreuzenden Furchen, Spalten und Rhagaden durchzogen, die sich häufig ulceriren. Sich selbst überlassen, wird die neugebildete Masse, welche den Gyrus constituirt, hypertrophisch. Dies kommt sehr häufig bei Frauen, die sich vernachlässigen, vor.

Allen diesen Papeln gemeinsam ist der anatomische Bau, welcher sehr einfach ist und in einer Hypertrophie der oberflächlichen Schichten des Bindegewebs-Antheiles der Schleimhäute besteht.

Das Microscop weist eine Hypertrophie der Schleimhaut-Papillen und eine reichliche Zellenwucherung in den Maschenräumen ihrer Textur nach. Ist die Neubildung vollendet, so beginnt an der Oberfläche ein erosiver Process, welcher den Verlust des Epithels auf dem Neugebilde bewirkt.

Ferner ist allen Papeln die rasche Resolution und in Folge dessen die leichte Heilbarkeit gemeinsam. An und für sich hat das in Rede stehende Syphilisproduct allerdings keine Neigung zu heilen; sich selbst überlassen oder vernachlässigt, besteht es lange Zeit und wird sehr oft hypertrophisch. Wenn man es aber behandelt, ja wenn man selbst nur örtliche Mittel anwendet, ohne eine Allgemeinbehandlung einzuleiten, verändert es sich rasch; die feuchte Papel wird innerhalb 24 Stunden eine trockene, dann verkleinert sie sich, atrophirt und resorbirt sich in einigen Tagen, höchstens in einigen Wochen. Deshalb empfiehlt sich nur eine einfache Behandlung dieser Krankheit. Einige Aerzte cauterisiren die Papel der Vulva mit Zinkchlorür, mit salpetersaurem Quecksilberoxyd, mit Essigsäure, Chromsäure u. s. w. Damit macht man dem Patienten nur unnöthige Schmerzen und verlängert eher die Dauer des pathologischen Productes als dass man sie abkürzt. Andere beschränken sich darauf, die Papel mit Nitras argenti en crayon zu bestreichen. Auch das ist überflüssig, weil es die Resolution nicht beschleunigt, und dazu kommt noch, dass es den Kranken bedeutende Schmerzen macht, namentlich wenn die Cauterisation grosser Flächen nothwendig ist.

Die allein nöthige und immer erfolgreiche einfache Behandlung besteht in Folgendem: Oft wiederholte Bäder, dreimal im Tage wiederholte Waschung mit irgend einer siccativen Flüssigkeit (z. B. der Solutio Labarraque, welche durch Wasser verdünnt ist nach der Formel: Wasser 250, Solutio Labarraque 60 Theile), dann nach der Waschung Verbinden mit einem isolirenden Pulver und einem Watta-Tampon, der durch eine T-Binde befestigt wird.

Das Pulver hat nur den Zweck, die Papel trocken zu halten und von den gegenüberliegenden Parthien zu isoliren. Es soll also indifferent, nicht reizend sein (z. B. Oxydum zinci wird besser sein, als das von altersher in solchen Fällen gebrauchte Calomel). Diese Behandlung ge-

nügt, um in einigen Tagen die Vertrocknung herbeizuführen, worauf dann die Resorption beginnt.

§ 71. 3. Gattung. Das papulo-hypertrophische Schleimhaut-Syphilid ist nur eine Varietät des vorhergehenden, aber eine sehr wichtige. Es basirt auf einer enormen Vergrösserung der Papeln durch beträchtliche Hypertrophie ihrer Elemente, wodurch wirkliche Tumoren entstehen. Man findet es an allen Stellen, wo gewöhnlich die Papel sitzt, aber am häufigsten am freien Rande und der äusseren Fläche der grossen Labien, in der Genito-crural-Falte, an der oberen inneren Schenkelfläche, am Perinäum und am Rande des Anus.

Es hat nur eine Entstehungsursache und das ist die Unreinlichkeit, der Mangel jedes Verbandes, jeder Hygiene, der bis zum Aeussersten getriebene Schmutz. Man wird es daher niemals bei Frauen beobachten, welche sich pflegen. Denn wenn man die Schleimhautpapeln, wie schon gesagt worden ist, nur der geringsten Pflege unterwirft, bildet sie sich zurück. Man findet sie deshalb auch nur bei Weibern der niedersten Classe, welche verwildert oder verkommen sind, oder auch bei Kranken der besseren Stände, wenn sie aus Schamhaftigkeit oder sonst einem Grunde es so lange als möglich hinausgeschoben haben, ärztliche Hilfe zu suchen. Manchmal erreichen die Efflorescenzen unter solchen Umständen die Grösse von grossen Haselnüssen. Meist stehen sie in Haufen beisammen und confluiren. Im letzteren Falle bilden sie Tumoren, die mit einer breiten Basis aufsitzen und rothwarzige Massen darstellen, welche die beiden Eigenthümlichkeiten der Papel und der spitzen Warze vereinen. Wenn sie isolirt sind, stellen sie warzenartige runde und convexe Erhabenheiten dar. Wenn sie in Haufen beisammen stehen, bilden sie mehr oder weniger ausgebreitete Gyri, welche einige Millimeter hoch über das Niveau der benachbarten Gewebe emporragende, förmliche Schleimhaut-Plateaux bilden. Die isolirten können so gross wie eine grosse Erbse sein, aber auch die Gestalt eines Champignons annehmen, dessen Hut ungefähr 10 Centimeter Umfang und bei 2 Centimeter Höhe hat.

Das sind die Wucherungen, welche die Alten mit dem Namen Syphilis luxurians, Syphilis vegetans belegt haben und welche die Neueren Papules elephantiasiques nennen. Die Oberfläche dieser Gebilde ist lichtroth — wenn sie gereizt und entzündet werden, dunkelroth; sie ist körnig, uneben, wie die Oberfläche einer Maulbeere, zerklüftet und

von Vertiefungen durchzogen, welche den Vereinigungsstellen der ursprünglich getrennten Papeln entsprechen. In dieser Beziehung sehen sie den nichtsyphilitischen Spitzen-Warzen-Wucherungen ähnlich, unterscheiden sich aber von diesen dadurch, dass sie nicht die verästelte, baumförmige Structur der letzteren besitzen. Die Oberfläche ist ferner auch erodirt, bisweilen excoriirt und an einzelnen Punkten ulcerirt. Sie sondert reichlich eine saniöse, fötide, seropurulente Flüssigkeit ab, welche die Wäsche so steif macht, wie das Sekret einer Vesicatoirblase oder eines blennorrhagischen Ausflusses. Bisweilen bedeckt sie sich theilweise, besonders auf dem häutigen Theile der Vulva mit Krusten, welche durch die Producte der Exsudation entstanden sind. Manchmal, was gewöhnlicher ist, exulcerirt sie sich an einzelnen Stellen und zeigt hie und da unregelmässige Vertiefungen, welche mit grauem, übel aussehendem Eiter reichlich bedeckt sind. Zuweilen findet man daselbst Inseln von einer grünlichen oder bräunlichen Farbe, die von einer örtlichen Mortification des Tumor unzweifelhaftes Zeugnis abgeben. Die Secretion, welche diese massigen Wucherungen, die geschwürig oder gangränös zerfallen sind, liefern, riecht in einer excessiv ekelerregenden Weise übel.

Die hypertrophische Entwicklung der Papele ist im Beginne nicht von Schmerzen begleitet, aber später, wenn entzündliche Erscheinungen in consecutiver Weise sich zu Efflorescenzen dieser Art gesellen, können mehr oder weniger heftige Schmerzen auftreten; die den Wucherungen zunächst gelegenen Partien röthen sich und werden pruriginös; erosives Frattsein entsteht an der Oberfläche dieser Parthien, welche ein blennorrhoides Secret liefert. Die Vulva schwillt an, die grossen Labien turgesciren, werden hart, erisipelatös, verdoppeln oder verdreifachen ihr Volumen und sind wie sclerosirt; die kleinen Labien werden ödematös, das Perinäum, der Rand des Anus, die inneren oberen Schenkelflächen, welche von Eiter bespült sind, entzünden sich zu gleicher Zeit; heftige Schmerzen treten auf, besonders beim Gehen und Stehen, Funktionen, die schliesslich fast unmöglich werden.

Diese Zustände sind, so schauerlich sie auch aussehen, sehr leicht zu behandeln und bessern sich rasch. Die einfache Behandlung ist in solchen Fällen die beste. Man beschränkt sich auf die Anordnung von Ruhe, von Zeit zu Zeit wiederholter lauer Bäder, häufiger Abwaschungen. Man applicirt Verbände von einem isolirenden Pulver, das mit Watta bedeckt ist und alsbald ändert sich der Zustand zum Besseren. Innerhalb 2--3 Tagen beruhigen sich die Schmerzen, vermindert sich

die Secretion, verschwindet der ekelhafte Gestank, und die Oberfläche der Wucherungen beginnt trocken zu werden. Nach einer weiteren Woche ist schon keine Spur von einem Secret, und die champignonartigen Wucherungen nehmen bedeutend an Umfang ab. Sie fangen an, sich zu resorbiren, und in einer je nach Umfang und der Masse der hypertrophischen Papel und je nach dem Einfluss anderer noch nicht vollständig bekannter Umstände verschieden langen Zeit ist die regressive Metamorphose vollendet. Gewöhnlich braucht sie 4—8 Wochen. Wenn die Resorption zögern sollte, so kann man durch einige ganz oberflächliche Cauterisationen mit Nitras argenti oder durch einen Verband mit Jodtinctur dieselbe beschleunigen. Selbstverständlich muss neben allem dem eine antidyscrasische Behandlung stattfinden, und schliesslich sei noch der zuweilen gemachten Wahrnehmung erwähnt, dass diese hypertrophischen Massen auch ohne jede weitere Medication und ohne chirurgischen Eingriff — spurlos schwinden und sogar keine Narbe zurücklassen.

§ 72. 4. **Gattung. Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid** ist am seltensten unter den hier abgehandelten Erkrankungen, wird aber darum doch häufig beobachtet, weil eben Schleimhaut-Syphilide überhaupt, wie bereits wiederholt gesagt, die häufigsten Manifestationen der Allgemeinerkrankung sind. Es tritt auch etwas später im Gesamtverlaufe der Krankheit auf, als die drei früher geschilderten. Die Efflorescenzen desselben sind ziemlich widerstandsfähig und darum ziemlich schwer zu behandeln, und weil sie dem einfachen Schanker ähnlich sind, geben sie zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung. — Dieses Schleimhaut-Syphilid besteht nämlich in Geschwüren der Mucosa der Vulva, welche plötzlich auftreten, ohne dass Papelbildung vorausgegangen ist, was zum Theil mit Ursache ist, dass man die einzelnen Efflorescenzen mit gewöhnlichen weichen Schankern verwechseln kann. Es entspricht dem ulcero-crustösen Syphilide der Haut (dem pustulo-crustösen Syphilide, dem Ecthyma, der Impetigo u. s. w.); nur fehlt die Kruste, welche sich auf der Schleimhaut der Vulva wegen der von Haus aus starken Secretion nicht entwickeln kann — Es kann auf allen Theilen der Vulva vorkommen. Am häufigsten findet man es auf der inneren Fläche der grossen Labien, der kleinen Labien, dem Vestibulum, dem Scheideneingange, wo es mehr als anderwärts Grund zu diagnostischen Schwierigkeiten bietet. Bisweilen, aber ziemlich selten, überschreitet es die mucösen Antheile der Vulva, um auf die benachbarte Haut überzugreifen. Die einzelnen Ulcerationen haben eine verschiedene Grösse. Sie sind linsen-

gross bis zur Grösse eines Pfirsichkerns und darüber. Manchmal bilden sie auch so grosse Geschwüre, dass sie ein ganzes grosses Labium oder ein kleines Labium oder, was seltener ist, einen grossen Antheil der Schleimhaut der Vulva bedecken. Sie haben nichts Specifisches an sich. Sie sind bald oberflächlich und bald etwas leichtgrubig vertieft, mannigfach in Form: kreisförmig, halbkreisförmig, ovalär, elliptisch, auch unregelmässig begrenzt; ihre Farbe ist entweder gelbroth oder dunkelroth; der Grund ist gewöhnlich glatt und eben, zuweilen uneben und runzelig; ihre Ränder sind entweder steil oder aufgeworfen; die Basis ist meist weich, selten resistent, die Secretion endlich ist im Allgemeinen ziemlich reichlich und viel besser beschaffen, als die von vielen anderen Schleimhaut-Syphiliden.

Aus dem Gesagten ersieht man, dass ihnen eigentlich specielle Eigenschaften nicht zukommen. Nur eine Eigenthümlichkeit kann man, wenn man will, herausfinden: die, dass der Contour der einzelnen Efflorescenzen, ob sie jetzt allein stehen oder gruppirt sind, häufig ein Kreis oder das Derivat eines Kreises ist. Diese Eigenthümlichkeit kann für die Differential-Diagnose verwendet werden. Leider fehlt sie in sehr vielen Fällen, so dass die Diagnose äusserst schwierig wird und nur, wie anderwärts, auf die Betrachtung gleichzeitig vorhandener, sonstiger Manifestationen der Syphilis und auf die Erwägung der Anamnese gestützt werden kann, so dass hier wieder der Lehrsatz gilt, niemals auf ein Symptom allein hin eine Efflorescenz als eine syphilitische zu bezeichnen.

Wie aus allem dem hervorgeht, kann dieses Schleimhaut-Syphilid mit zwei Krankheiten am meisten verwechselt werden. Diese sind: das ulceröse Scrophulid und der einfache Schanker. — Das erstere besitzt eben so wenig wie die früher abgehandelte Erkrankung ein specielles pathognomonisches Zeichen. Man weiss nur von ihm, dass es überhaupt ziemlich selten, besonders auf der Schleimhaut der Vulva selten ist; dass es gewöhnlich ausgebreiteter und mehr in die Tiefe greifend, als die ihm ähnlichen Syphilide der Haut und der Schleimhaut ist; es hat nicht die Tendenz zur Kreisform, ist wesentlich chronisch und verhält sich auffallend hartnäckig gegen jede, sogar gegen die anti-scrophulose Therapie; endlich kommt es, wenn auch nicht immer, neben anderen unzweifelhaften Zeichen von Scrophulose vor.

Bisweilen wird die Diagnose noch durch die Anamnese, durch den Habitus scrophulosus des Kranken, durch den Mangel syphilitischer

Antecedentien u. s. w. ermöglicht. Aber in den meisten Fällen ist diese Differential-Diagnose sehr schwer zu machen; und es bleibt oft in dem Zweifel, dem man ausgesetzt ist, nichts Anderes übrig, als gewissermaßen als Probirstein die anti-syphilitische Behandlung zu versuchen. Die Schwierigkeiten der Differential-Diagnose häufen sich, ja sie wird zuweilen ganz unmöglich, wenn man einen Kranken vor sich hat, der syphilitisch und scrophulös zu gleicher Zeit ist.

Leichter ist es, den einfachen Schanker von dem ulcerösen Schleimhaut-Syphilid zu unterscheiden. Man wird ersteren daran erkennen, dass er gewöhnlich in mehreren Exemplaren zugleich auftritt, dass seine Ränder steiler sind, der Grund grubiger, unebener, die Farbe gelber ist. Hat sich eine concomitirende Drüsenanschwellung entwickelt, so wird dies gleichfalls die Diagnose erleichtern u. s. w. Doch wird es nicht immer möglich sein, auf den ersten Blick so zu sagen eine präzise Diagnose zu liefern, denn der einfache Schanker präsentirt sich nicht immer mit seinem gewohnten charakteristischen Aussehen, besonders wenn er in der Nähe des Vulvarringes sitzt, und es bleibt in vielen Fällen nichts Anderes übrig, als zur Impfung seine Zuflucht zu nehmen.

Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid ist nicht so gutartig wie die anderen bisher abgehandelten Schleimhaut-Syphilide. Eine einfache Therapie genügt nicht, um es zu beseitigen, sondern es muss eine wirksame örtliche Behandlung platzgreifen und manchmal ist es ziemlich rebellisch gegen alle Medicamente. Man wird also ausser der Allgemeinbehandlung zu örtlichen Mitteln seine Zuflucht nehmen müssen, zu lauen (alle 2—3 Tage im Durchschnitte) wiederholten Bädern, fleissigen Abspülungen, sorgfältig und dreimal täglich erneuerten Verbänden mit Charpie, die in eine schwache Silber-Salpeter-Lösung (1 : 100 oder 1 : 60 Wasser) getaucht ist. In einzelnen Fällen wirkt leichtes Touchiren mit Nitras argenti en crayon, alle 5 bis 6 Tage wiederholt, oder ein einfacher Verband mit trockener Charpie. Jodoform kann in rebellischen Fällen schon wegen des Geruches mit Nutzen gebraucht werden. Man wendet es als Pulver an, welches über das ganze Geschwür gestreut wird und das man mit Watta oder Charpie bedeckt, und erneuert den Verband zweimal in 24 Stunden. Man kann auch mittelst eines eigenen Pulverisateurs das Medicament appliciren.

Andere örtliche Mittel, welche gegen das ulceröse Schleimhaut-Syphilid vorgeschlagen wurden, sind: Jodtinctur, Tartras ferri carbonici, Tannin, Chinapulver, Calomelpulver, graue Salbe u. s. w.

§ 73. Diese vier verschiedenen Typen der Schleimhaut-Syphilide, welche im Vorausgehenden abgehandelt wurden, können sich in der mannigfachsten Weise combiniren. Am häufigsten allein kommt das ulceröse Schleimhaut-Syphilid vor. Gleichzeitig mit ihnen sieht man gewöhnlich Hautsyphilide auf den häutigen Antheilen der Geschlechtsorgane. — Durch verschiedenerlei Modificationen entstehen mannigfache Varietäten der Schleimhaut-Syphilide. So sieht man zuweilen, dass die Schleimpapel, anstatt erhabene Plateaux darzustellen, in der Mitte eingedrückt ist und die Form eines Näpfchens annimmt. — Ein andermal sieht man die Farbe dieser Papel, die sonst roth ist, verändert; sie ist grau, weisslich und stellt die sogenannten *Plaques opalines* dar. Manchmal sind die Efflorescenzen dieser Art so dicht, so zahlreich, dass es den Anschein hat, als ob man eine Pseudo-Membran vor sich hätte. Wenn diese scheinbare Haut zu einer Schwarte sich umzugestalten scheint, so entsteht die diphtheritische (oder besser nach Fournier) diphtheroide Papel. — Manchmal haben diese Efflorescenzen ein gewisses schmutzig-graues Aussehen, wie ordinäres Porcellain, und heissen sie auch darum *Porcellainpapel*. In anderen Fällen haben die hier in Rede stehenden Syphilisproducte, namentlich die in Gyris angeordneten, an der Vulva sitzenden stellenweise einen gelblichen Ueberzug, was besonders bei jungen Individuen bemerkt wird. Das Aussehen dieser Gebilde wird noch geändert durch den Umstand, dass ihr Secret zu einer Kruste vertrocknen kann; das ist häufig der Fall mit den Papeln am freien Saume oder an der äusseren Fläche der grossen Labien. Diese Efflorescenzen nehmen dann ein impetiginöses oder eczematöses und selbst ecthymatöses Aussehen an. Endlich geschieht es, dass die Papel wirklich ulcerirt. Es entsteht ein gewisser moleculärer Zerfall ihrer Oberfläche, in Folge dessen sie wenigstens in einem Antheile zu einem geschwürigen Substanzverlust umgewandelt wird. Dieser Process beginnt immer in der Mitte und schreitet gegen die Peripherie vor. Er begrenzt sich entweder nahe der Mitte oder er betrifft einen grossen Theil des Gebildes, manchmal das ganze Gebilde, so dass von diesem nichts übrig bleibt als eine Art Wall, welcher das Geschwür umsäumt. Dass auf Kosten der Papel entstandene Geschwür kann lange Zeit oberflächlich bleiben oder eine Tiefe von 2—3 Millimetern erreichen, betrifft nur die neugebildete Substanz der Efflorescenz, lässt die benachbarten unterliegenden Gewebe vollkommen intact und hat kein ihm speciell zukommendes Kennzeichen, welches ihm ein be-

sonderes Gepräge geben würde. Wenn der moleculäre Zerfall mehr die einander benachbarten oder in Gyris vereinigten Papeln ergriffen hat, so kann dadurch ein ziemlich ausgedehntes Geschwür entstehen. Diese ausführlich geschilderte Varietät führt den Namen papulo-ulceröses Schleimhaut-Syphilid und ist nicht zu verwechseln mit dem gleich von vornherein als ulcerös auftretenden Schleimhaut-Syphilide. Dieser Unterschied ist um so wichtiger, als auf ihn die Prognose beruht. Das papulo-ulceröse Syphilid heilt rascher und leichter als das ulceröse. Das erstere heilt unter der Behandlung, unter welcher überhaupt die Schleimhautpapeln sich zurückbilden. Das letztere ist, wie schon aus dem Früheren hervorgeht, hartnäckiger. Ferner lässt das papulo-ulceröse Syphilid keine Narben zurück, denn der geschwürige Process ergreift, wie auseinandergesetzt wurde, nur das Neugebilde. Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid lässt dagegen Narben zurück, welche, so gering sie auch sein mögen, doch etwas vertieft und andauernd sind.

Die eben geschilderten Schleimhaut-Syphilide bieten eine Configuration dar, welche eine Nachahmung von jener der Hautsyphilide ist und die sie von allen anderen nichtsyphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute sondert. Die Schleimpapel stellt bisweilen Kreise dar, das erosive Schleimhaut-Syphilid stellt gleichfalls Kreise dar und bisweilen, wenn das Centrum des Kreises normales Gewebe geblieben ist, Fingerringen oder Halbringen oder Halbmonden ähnliche Zeichnungen. Auch das ulceröse Syphilid hat die Geneigtheit zur Kreisbildung. Sieht man also an der Vulva eine Erosion oder eine Ulceration von Kreisform, so wird man wenigstens mit vieler Wahrscheinlichkeit die Diagnose Syphilis machen können.

§ 74. Sehr oft entwickeln sich Syphilide der Vulva auf dem häutigen oder schleimhäutigen Antheile, ohne Rückwirkung auf die benachbarten oder auf die unterliegenden Gewebe, aber in gewissen Fällen rufen sie an diesen bedeutende Reactions-Erscheinungen, örtliche Entzündungen, lymphatische Irritationen hervor. Mit einem Worte, sie schaffen mehr oder weniger intensive, mehr oder weniger ernste Complicationen.

Diese sind: 1. Erythem in der Nachbarschaft, die einfachste und gewöhnlichste Complication. In der Umgebung der Syphilide und in verschieden grosser Ausdehnung entsteht subinflammatorisch

ein rother Hof, durch periphere Fluxion. Dieser Zustand hat in praxi nichts zu bedeuten.

2. Intertrigo, — geht bisweilen aus dem vorigen Zustande hervor, ist röther als ein gewöhnliches Erythem, ziemlich juckend, extensiv und nimmt die ganze Vulva, das Perinäum, die Regio genito-cruralis, die innere Schenkelfläche beiderseits ein. Indem die intertriginösen Partien fortwährend mit reizendem Secrete bespült werden, können sie sich ihrerseits stellenweise exulceriren, entzünden, können mit Granulationen besetzt werden und sich in ausgedehnte, erosive, rothe oder livide, eiternde, schmerzhaft Gyrus umwandeln, welche von den Hautfalten entsprechenden Furchen oder Rhagaden durchzogen sind.

3. Oft ist die lymphatische Entzündung, welche das vulväre Syphilid begleitet, mit über die grossen und kleinen Labien ausgebreitetem Oedeme vergesellschaftet.

4. Bisweilen veranlasst der entzündliche Process in dem subcutanen und submucösen Bindegewebe umschriebene Entzündungsherde, welche zu Abscessen werden.

5. Seltener verbreitet sich die Entzündung auf die Lymphdrüsen oder Lymphstränge; die Lymphdrüsen werden hart, schwellen an, bleiben aber fast immer indolent und nicht entzündet; sie bilden eine Art kalter Adenopathien, welche alle Erscheinungen des syphilitischen Bubo besitzen, wie sie bei den Pleiaden erörtert wurden. Auch die Lymphstränge schwellen an, werden hart, bleiben aber schmerzlos; sie werden rabenfederkiel dick und sind durch die Haut durchzufühlen. Man kann sie oft in der ganzen Ausdehnung der Genito-crural-Gegend verfolgen, wobei man findet, dass sie in der Diagonale gegen die Leisten aufsteigen.

6. In anderen Fällen zeigt sich an der Vulva, besonders an den grossen Labien, seltener an den kleinen, eine Härte, welche an das Sclerem erinnert und die von Fournier Induration sclereuse, von älteren Beobachtern mit Unrecht syphilitisches Oedem genannt wurde. Dieser Zustand bietet folgende Symptome: Die grossen oder die kleinen Labien schwellen an, bleiben indolent, werden nahezu zwei- bis viermal so gross als im normalen Zustande und sehr hart. Das Tastorgan des Untersuchenden hat nicht die Empfindung, wie bei der ödematösen Schwellung dieser Theile, indem die Spannung auf Fingerdruck weicht. Es hat auch nicht die Empfindung wie bei dem teigig weichen Anföhlen, welches die entzündliche Anschwellung begleitet. Es

nimmt eine trockene, elastische, nicht zusammendrückbare, eigenthümliche Härte wahr, etwa so, wie man sie beim Sclerem findet. Diese anormale Härte verdoppelt die Basis der Efflorescenz des Schleimhaut-Syphilids, überschreitet aber die Grenze dieser Basis, so dass entweder ein bedeutender Theil des grossen oder kleinen Labiums, oder das ganze grosse oder kleine Labium von ihr ergriffen ist. Sie ist vollkommen schmerzlos bei der Betastung; endlich ist sie oft, aber nicht immer, von einer Verfärbung der ergriffenen Partien begleitet, indem die mit diesem Zustande behafteten grossen Labien gewöhnlich dunkelrosenroth, die kleinen lebhaft roth sind. Diese Veränderung bemerkt man besonders an den grossen Labien und zwar an einem allein oder an beiden gleichzeitig; seltener ist sie an den Nymphen, bisweilen am Präputium clitoridis oder an der Clitoris selbst, welche dann knorpelhart werden. Es ist vollkommen unbekannt, wodurch diese Härte bedingt wird. Man vermuthet nur, dass sie durch eine plastische Entzündung der subcutanen oder submucösen Lymphgefässe veranlasst ist. Einmal entwickelt, besteht sie lange Zeit, mehrere Wochen oder Monate, aber immer resorbirt sie sich.

7. Eine Folge der vorausgehenden Veränderung ist die Verunstaltung der Vulva, welche je nach dem Sitze der Schleimhaut-Syphilide verschieden ist. Manchmal sind diese Verunstaltungen geradezu monströs, namentlich an den Labien, die merkwürdige Gestalten annehmen. Die kleinen Labien können zu steifen Kämmen oder zu dicken Wülsten werden, die wie angesogene Blutegel zwischen den grossen Labien sich vordrängen und zwischen den Schenkeln herabhängen. Manchmal drehen sie sich dabei korkzieherartig um ihre Achse. Die grossen Schamlippen können den Umfang einer Orange erreichen und ist nur eine ergriffen, dann bedeckt sie die andere vollständig und versperrt den Eingang in die Vulva; sind aber beide ergriffen, dann legt sich eine Geschwulst an die andere, sie drücken sich wechselseitig, sie platten sich ab, und das Ganze sieht aus wie zwei Melonenschnitte, welche durch eine verticale Furche getrennt sind. Haben sie diesen enormen Umfang erreicht, so verschwinden neben ihnen die ursächlichen Erkrankungen. Obschon dieser Umstand nur ein nebensächlicher ist, so kommt es doch vor, dass er die eigentliche veranlassende Erkrankung überdauert und ziemlich lange besteht. Ist die Schwellung entzündlich oder ödematös, so vergeht sie bald, hat man es aber mit scleröser Infiltration zu thun, so braucht sie zur vollständigen Rückbildung drei bis

vier Monate, auch noch länger. Uebrigens hat diese ganze Erscheinung keine praktische Wichtigkeit, denn, wie schon gesagt, der Zustand sieht nur fürchterlich aus, macht aber kein chirurgisches Eingreifen, um beseitigt zu werden, nöthig. Es bedarf zur Heilung, wenn Schwellung und Deformität durch Oedem bedingt sind, wie gesagt nur einer kurzen Zeit, aber ziemlich exacter Hygiene, der Ruhe, häufig (wenigstens alle zwei Tage) wiederholter Bäder, häufiger Bepülungen der Genitalien und Einspritzungen in die Scheide, fleissiger Application von Verbänden, welche gegen die Schleimhaut-Syphilide (die Veranlassung dieser Complication) gerichtet sind, Bepinselungen mit Jodtinctur (in hartnäckigen Fällen). Daneben muss natürlich die Allgemeinbehandlung platzgreifen.

Bevor wir dieses Capitel verlassen, sei noch der Folliculitis vulvalis specifischen Ursprunges erwähnt. Sie ist in der Periode der Frühformen ziemlich häufig und veranlasst verschiedenartige Zustände, welche in den 3 Hauptgruppen: hypertrophische (trockene), abscedirende (eiternde) und ulceröse Folliculitis zusammengefasst werden. — Am häufigsten ist die hypertrophische Folliculitis. Ihre Symptome sind folgende: Auf der äusseren Fläche der grossen Labien oder am freien Rand derselben bilden sich erbsengrosse Tumoren, welche hemisphärische, wenn sie jung sind stecknadelkopfgrosse, wenn sie die vollständige Entwicklung erreicht haben erbsengrosse Vorsprünge darstellen. Sie sind roth trocken und mit veränderter oder leicht schuppender Epidermis bedeckt. Solid, resistent und offenbar durch ein Neoplasma gebildet, entwickeln sie sich schmerzlos und bleiben auch gegen Druck während ihrer ganzen Dauer indolent. Gewöhnlich sind sie ziemlich zahlreich, selten kommen ihrer nur wenige vor. Bald sind diese Tumoren isolirt, bald stehen sie in Gruppen beisammen, verschmelzen an ihrer Basis, bleiben aber an ihrer Spitze unverschmolzen. Beim ersten Anblick würde man sie für Papeln halten oder für spitze Warzen, aber bei genauerer Untersuchung findet man in der Mitte kleine punktförmige Eindrücke, wie wenn man in ein Wachsklumpchen mit einer Nadel hineingestochen hätte, und das scheint die Mündung des Ausführungsganges eines Drüs-chens zu sein. Manchmal kommt aus dieser kleinen Oeffnung ein Härchen. Aus diesem Umstande kann man mit Gewissheit schliessen, dass man es mit einem erkrankten Follikel zu thun hat. In welcher Weise ist nun dieser Follikel erkrankt? Es hat in ihm wahrscheinlich dieselbe Neubildung stattgefunden, deren schon wiederholt erwähnt worden ist. Doch ist darüber nichts Gewisses bekannt. Aber man weiss, dass diese

Art von Folliculitis nicht wie eine andere rasch zur Eiterung führt, sondern dass sie längere Zeit hart und indolent fortbesteht.

Diese kleinen Tumoren sind schwer zu beseitigen. Was einem noch am wenigsten im Stiche lässt, sind Bepinselungen mit ätzender Jodtinctur und wenn auch diese nicht helfen, bleibt nichts Anderes übrig, als die kranken Gebilde wegzuschneiden.

Eine andere Erkrankungsform der Follikel ist diejenige, bei der es zur Eiterung kommt. Nachdem der Follikel den im Vorhergehenden geschilderten Zustand durchlaufen hat, secernirt er bisweilen; an der Spitze bildet sich eine von vertrocknetem Secrete herrührende, gelbliche Kruste und diese bedeckt einen kleinen Eiterherd; wenn man sie beseitigt oder wenn sie abfällt, entleert sich der Eiter und man sieht ein kleines, kraterförmiges, umschriebenes Geschwür mit vorspringenden Rändern. Das ist der Verlauf der ulcerösen Folliculitis. Ein solches Geschwürchen hat beiläufig 2—3 Millimeter Durchmesser und lässt sich durch die kraterförmige Vertiefung, durch den regelmässigen Contour, durch den kleinen Umfang von Geschwüren anderer Art unterscheiden. Manchmal jedoch erreichen die Substanzverluste den Umfang einer Mandel, besonders wenn mehrere derselben zusammenfliessen. Dann kann man sie leicht mit den gewöhnlichen ulcerösen Syphiliden, mit einem weichen Schanker oder mit irgend einem anderen Geschwüre verwechseln, namentlich wenn man nicht die ganze Entwicklung des Leidens vom Beginne an beobachtet hat.

§ 75. Die Schleimhaut-Syphilide der Vagina und des Uterus.

In der Scheide und an der Vaginalportion des Uterus kommen (im Verhältniss zur Vulva) selten Schleimhaut-Syphilide vor. Doch sind sie nicht so sehr selten, wie man vor der Zeit der Anwendung des Speculum gedacht hat. Da sie keine Schmerzen verursachen, entgehen sie sehr leicht dem Kranken und auch der ärztlichen Beobachtung. Die Syphilide der Scheide kommen gleich hinter dem Scheideneingange und in der oberen Ampule vor; in der Mitte der Vagina werden sie nicht häufig beobachtet; der Grund hievon ist unbekannt. Hinter dem Scheideneingange sind sie entweder erosiv oder ulcerös, die wahre Papel zeigt sich da nicht oft. — Die Diagnose bietet ziemlich viele Schwierigkeiten; einerseits, weil die erosiven und papulösen Schleimhaut-Syphilide keine speciellen Eigenschaften an sich tragen, und anderseits, weil der weiche Schanker, wenn er hier beobachtet wird, seine specifischen Eigenschaf-

ten einbüsst und ein allen an diesen Stellen vorkommenden Substanzverlusten gemeinsames Aussehen annimmt. Im Fornix vaginae kommen nur papulöse Schleimhaut-Syphilide vor. Man findet da kleine, platte, erosive, runde oder ovaläre linsengrosse Papeln, oder Papeln von der Grösse eines Kreuzers und darüber. Sie sind roth in einer Weise, dass ihre Farbe von jener der Scheide absticht. Oefter, und das ist ihr auffallendster Charakter, besitzen sie eine opaline Farbe oder eine graue, graugelbe, die bedeutend von jener der angrenzenden Schleimhaut verschieden ist. Dabei ist manchmal ihre Umrandung ziemlich dunkelroth.

Die Schleimhaut-Syphilide der Vaginalportion sind entweder erosiv oder papulös oder ulcerös. Die erosive Form besteht in oberflächlichen Erosionen mit Epithelverlust, wie man ihn z. B. bei der Balanitis bemerkt. Diese Erosionen sind gewöhnlich klein, begrenzt, linsenförmig, röthlich, aber von der Farbe des Scheidentheiles der Gebärmutter abstechend, bisweilen grau-opalin. Sie bieten nichts Specielles, sie von gewöhnlichen Erosionen besonders Unterscheidendes. Eine Differentialdiagnose ist überhaupt nur dann vermuthungsweise möglich, wenn die Erosionen excentrisch zum Orificium uteri sitzen, und eine deutliche Kreisform oder die Form eines Halbkreises haben. Die nicht specifischen Erosionen sitzen nämlich gewöhnlich in der Mitte der Vaginalportion und gehen strahlenförmig vom Orificium uteri aus. Auch haben sie selten die Kreisform und in noch weniger Fällen die Form eines Halbkreises, namentlich nicht, wenn sie excentrisch zum Orificium uteri sitzen. Leichter ist es schon, die papulöse Form zu erkennen. Die Efflorescenzen sind den Papeln anderer Gegenden ähnlich; es sind kleine, wenig erhabene Scheiben, ziemlich häufig kreisförmig, ovalär, elliptisch, linsengross oder so gross wie ein Kreuzer, wenn aber mehrere zusammenfliessen, so können sie ein Viertel oder ein Drittel der Vaginalportion einnehmen. Sie sind glatt, erosiv, selten roth, häufig haben sie eine perlgraue Farbe oder sie sind opalin, bläulich-weiss, bisweilen stellen sie eine mattweisse milchige Trübung der Schleimhaut dar. Das sind die sogenannten diphtheroiden Papeln der Vaginalportion. Manchmal findet man nur eine einzige, bisweilen drei, vier, auch mehrere, ziemlich isolirt. Wenn sie zusammenfliessen, bilden sie Gyri mit buchtigen Contouren, die aus einer Reihe von Kreisbögen bestehen. Diese Uterinal-Papeln können an allen Stellen des Scheidentheiles der Gebärmutter sich entwickeln. Wenn sie ziemlich weit weg von der äusseren Mündung des Uterinal-Canals sitzen, so werden sie

durch ihre excentrische Lage, ihre circuläre Form, ihr Vorspringen, ihre Isolirtheit, ihre opaline Färbung u. s. w. leicht erkannt. Finden sie sich aber am Orificium selbst, dort, wo gewöhnlich die Erosionen, die Granulationen, die verschiedenen Erkrankungen, welche die Metritis veranlasst, ihren Sitz haben, dann sind sie, wie bereits gesagt, schwer zu diagnosticiren; ja manchmal ist eine genaue Diagnose ganz unmöglich.

Sowohl die papulösen Schleimhaut-Syphilide dieser Gegend als auch die erosiven sind ausgezeichnet durch ihre leichte Heilbarkeit. — Touchirt man sie mit Nitras argenti oder verbindet man sie nur mit einem schwachen Adstringens, z. B. Tannin, Oxydum zinci, ohne sie zu touchiren, so verschwinden sie rasch und sogar, wenn sie sich selbst überlassen bleiben, heilen sie ziemlich leicht. Es bedarf zuweilen nur einiger Einspritzungen von Wasser. Diese Erscheinung ist von Wichtigkeit, denn sie erklärt manche Fälle von Ansteckung, die sonst unerklärlich wären. Die kranken Frauen vollziehen den Coitus, weil sie das Vorhandensein einer äusserst contagiösen Secret liefernden Efflorescenz in der Scheide nicht ahnen und der Arzt erfährt von dem Vorhandensein dieser Efflorescenz nichts weil sie rasch und spurlos schwindet.

Niemals wird die Papel hier hypertrophisch.

Die letzte Gattung, die wirklich ulcerösen Schleimhaut-Syphilide des Collum uteri, sind selten beobachtet worden, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil sie keinen speciellen Charakter haben und für gewöhnliche Ulcerationen angesehen werden. Sie stellen wenig tiefe, ziemlich die Substanz des Gebärmutterhalses angreifende Geschwüre dar, sie nehmen mit Vorliebe den mittleren Theil der Vaginalportion ein und sind von Mandelgrösse bis zur Grösse eines Viertelguldenstückes, roth, glatt. Sie unterscheiden sich dadurch von den einfachen Granulationen, welche eine weisse Färbung haben, die auffallend von jener der Umgebung absticht. Sie können sich über die ganze Oberfläche des Gebärmutterhalses erstrecken. Wenn diese Krankheitsproducte eine besondere Farbe, eine besondere Form haben, hat man natürlich gleich Verdacht auf Syphilis, aber meist ist dass nicht der Fall und die Diagnose ist nur durch Berücksichtigung des Nachstehenden möglich. Die meisten ulcerösen Affectionen des Uterus, namentlich die entzündlichen oder catarrhalischen, oder die eines anderen nicht syphilitischen Ursprunges, sind gewöhnlich mit Schwellung vergesellschaftet, mit Hypertrophie des Collum, mit krankhafter Empfindlichkeit des Organs, mit Uterinal- oder Periuterinal-Schmerzen, die in die unteren Bauch-Gegenden, in die Lei-

stengegenden, gegen die Schossfuge zu ausstrahlen, mit Menstrual-Störungen, Hämorrhagien, eiterigen, schleimigen Ausflüssen u. s. w. Von allem dem kommt bei den Uterinal-Syphiliden nichts vor. Wenn man also eine Ulceration findet und daneben keine anderweitigen Uterinal-Symptome wahrnimmt, muss man sofort Verdacht auf Syphilis schöpfen. Natürlich wird man augenblicklich wie ein solcher zweifelhafter Substanzverlust wahrgenommen wird, den Coitus verbieten und den weiteren Verlauf abwarten, um die Diagnose dann sicherzustellen. Der Decursus wird bald aller Ungewissheit ein Ende machen. Man weiss, dass die entzündlichen und catarrhalischen Ulcerationen des Collum uteri einen chronischen Verlauf nehmen, während die Uterinal-Schleimhaut-Syphilide, selbst die ulcerösen, rasch vorübergehen. Wenn man sie cauterisirt, wenn sie mit Jodtinctur bepinselt, mit irgend einem trocknenden Pulver, z. B. Oxydum zinci, verbunden werden, auch wenn man einen Charpie-Tampon applicirt, der mit einer schwachen Lösung von Nitras argenti getränkt ist, bilden sich die Schleimhaut-Syphilide dieser Gegend sehr rasch zurück.

§ 76. Die analen und perianalen Schleimhaut-Syphilide kommen sehr oft mit den eben besprochenen gleichzeitig vor und sind manchmal eine räumliche Fortsetzung derselben. Bei Weibern sind sie häufiger als bei Männern. Auf der Schleimhaut des Anus beobachtet man meist die erosiven oder mehr oder weniger tiefgreifenden ulcerativen Schleimhaut-Syphilide. Wegen des anatomischen Baues (der Runzelung) dieser Gegend entziehen sie sich sehr häufig der Beobachtung. Obwohl sie durch die fortwährend an ihnen vorbeipassirenden Faecalmassen gereizt und entzündet werden, sind sie doch nicht so schmerzhaft, als man von vornherein glauben sollte. Dadurch unterscheiden sie sich von den gewöhnlichen Fissuren des Afters, welche ungeheure Schmerzen verursachen. Sie bestehen meist in Folge der anatomischen Anordnung aus zwei gleichen Hälften, die, wenn man die Falten, auf und zwischen denen sie sitzen, glättet, wie die Blätter eines Buches sich aufschlagen lassen, sonst aber immer übereinander gelagert sind. In Bezug auf ihre Farbe sind sie bald röthlich, livid, bald grau oder gelb; und im letzteren Falle sind sie schwer von dem einfachen Schanker zu unterscheiden. Am Rande des Anus und am Perinäum haben die mucösen Syphilide dieselben Charaktere wie die peri-vulvären. Man findet also daselbst die oben angeführten vier Gattungen derselben.

Eigenthümlich ist an ihnen nur, dass sie das Exterieur von langen, ausgedehnten und ausgefranzten Fissuren haben, welche auf dem Grunde der Analfalten vorkommen. Natürlich sind sie dann beim ersten Blicke nicht sichtbar. Durch die Irritation, welche dieses Syphilid veranlasst, kann das Subcutan-Bindegewebe oder das Derma selbst hypertrophiren, sich verdichten, und die Falten des Anus bilden dann dicke, harte, resistente Wülste, welche durch Fissuren oder geschwürige Furchen von einander geschieden sind. Aus demselben Grunde kann auch die Raphe des Perinäums hypertrophiren und eine Art von vorn nach rückwärts verlaufenden Kammes bilden, welcher mehrere Millimeter hoch, roth, sehr fest, manchmal cancroidartig derb ist.

§ 77. Ausserdem bemerkt man noch, beim Weibe besonders, Papeln am Nabel, meist roth oder grau, mit Krusten bedeckt, so dass man beim ersten Anschauen glaubt, man habe es mit einem Eczem zu thun. Manchmal finden sich daselbst auch nur Efflorescenzen des erosiven Schleimhaut-Syphilides.

An der Brustwarze beobachtet man zuweilen fissurenartige Erosionen, geschwürige, verlängerte Furchen oder längliche Gruben, welche man sehr leicht mit gewöhnlichen Verletzungen verwechseln könnte, die aber Schleimhaut-Syphilide sind. Ferner sieht man daselbst runde, linsenförmige Papeln. Sie sind sehr häufig bei Stillenden. Von diesen Efflorescenzen stammt die grosse Gefahr, die man läuft, wenn man Säuglinge Weibern anvertraut, welche mit Syphilis behaftet sind; denn diese Efflorescenzen sind meist die Quelle der Ansteckung in den diesbezüglichen Fällen.

An der unteren Fläche der Brustdrüse, besonders in der Furche, welche dieselbe mit der Haut der Brust bildet, kommen sehr häufig Papeln vor, namentlich bei Weibern, welche flaccide, hängende Brüste haben. Diese Efflorescenz hat da zu ihrer Entwicklung sehr günstige Bedingungen: Zartheit der Haut, immerwährenden Contact zweier benachbarter Hautpartien und daraus entstammende Wärme, Feuchtigkeit und Bähung. Die Papeln sind dort mehr oder weniger zahlreich, isolirt oder in Haufen beisammenstehend, erosiv, scheibenförmig, rund. Auch in hypertrophischen Gyris kommen sie vor und nehmen zum Theil die Brustdrüse, zum Theil die Haut vis-à-vis derselben ein.

In der Achselhöhle endlich bemerkt man gleichfalls erosive Papeln von unregelmässiger Form, secernirend, in einzelnen Fällen zum Theil mit Krusten bedeckt und leicht juckend. Wenn diese Syphilisproducte

zusammenfliessen, bilden sie warzige Wucherungen, welche von Furchen und Gruben, die den Falten der Gegend entsprechen, durchzogen sind. Obwohl der Schein dagegen ist, so haben doch alle diese Efflorescenzen einen gutartigen Charakter. Sie verschwinden rasch bei geringer Pflege.

§ 78. Es gibt auch noch Syphilide auf einzelnen Schleimhäuten, welche bei beiden Geschlechtern häufig vorkommen. Dahin gehören die Syphilide auf der Backen-Schleimhaut; neben den vulvo-perinealen sind sie bei Weibern die häufigsten, und doch sind sie bei diesen seltener als bei Männern, weil die Weiber 1. überhaupt etwas mehr Sorgfalt auf ihren Mund verwenden und 2. nicht rauchen. Es ist kein Zweifel, dass das Rauchen eine Hauptursache des häufigen Auftretens dieser Syphilide bei Männern ist, denn bei Nichtrauchern finden sie sich doch nicht so oft und in der Regel nicht so ausgeprägt. Natürlich werden Weiber, welche rauchen, in dem Punkte sich ganz so verhalten, wie Männer. Uebrigens unterscheiden sich die Syphilide der Mundhöhlen-Schleimhaut in nichts von den Syphiliden anderer Schleimhäute. Sie können an allen Theilen der Mundhöhle vorkommen, aber drei Stellen sind es denn doch, wo sie sich am häufigsten finden. Das sind die Mandeln mit den Gaumenbögen, die Schleimhautfläche der Lippen und die Zunge. Am harten Gaumen, am Zahnfleisch und am Boden der Mundhöhle sind sie doch seltener, aber nicht gar zu selten. An den Lippen findet man gewöhnlich das erosive oder papulo-erosive Schleimhaut-Syphilid in der Gestalt von kleinen, flachen oder leicht vorspringenden, runden oder ovalären Erosionen, welche von Linsengrösse bis zur Grösse einer Mandel vorkommen. Bald sind sie roth, bald grau, weisslich, opalin. Solche opaline Wucherungen (Plaques opalines) gehören nur der Syphilis an. An den Mundwinkeln sind sie gewöhnlich in zwei Segmente getrennt, welche aneinander liegen bei geschlossenem, und sich von einander entfernen bei geöffnetem Munde. Die Furche, welche den nicht in Segmente getrennten Theil durchzieht, entspricht der von Haus aus hier vorkommenden und ist immer excoriirt, blutend, spaltförmig, mehr oder weniger schmerzhaft. Bisweilen ist am Rande einer solchen Efflorescenz ein Kranz von Granulationen oder von einer Kruste gebildet, der sie von der gesunden Haut trennt. All' das verleiht jener Wucherung ein charakteristisches Aussehen. Gewöhnlich sind an den Lippen nur wenig solcher Syphilis-Producte vorhanden, bisweilen kommen aber so viele und nahe bei einander stehende vor, dass sie zu

mehreren (bei 5 Centimeter) langen Gyris zusammenfliessen oder sogar über eine ganze Lippe sich erstrecken, auch den ganzen Mund einsäumen. — Seltener ist an den Lippen die ulceröse Form. Sie ist ein Abkömmling des im Vorhergehenden geschilderten, aber durch den Mangel an Hygiene vernachlässigt, durch den Missbrauch von Tabak, durch die Nachbarschaft von kantigen oder mit Zahnstein besetzten Zähnen gereizt. Zuweilen tritt sie gleich von Anfang an als ulceröses Schleimhaut-Syphilid auf.

Die mucösen Syphilide der Zunge finden sich meist am Rücken und an den Rändern, weniger häufig an der unteren Fläche. Die erosiven Schleimhaut-Syphilide auf dem dorsum linguae bestehen in Epithelabstossung von gewöhnlich geringer Ausdehnung. Die Efflorescenzen sind röthlich, glatt, und wenn sie mit warmer Nahrung, Saurem oder Gewürztem in Contact kommen, leicht schmerzhaft. Wenn sie am Rande oder an der Spitze sitzen, sind sie vertical, länglich, spaltförmig.

Die papulösen Schleimhaut-Syphilide der Zunge kommen auf dem Rücken vor, besonders in der Mitte oder auf dem hinteren Segmente. Sie bilden da linsenförmige Erhabenheiten, die ziemlich regelmässig rund und den grossen, in Form eines V angeordneten Papillen am Zungengrunde, mit denen sie auch sehr häufig verwechselt werden, ähnlich sind. Bisweilen confluiren sie und wenn sie dann noch obendrein ein grosses Volumen haben, so bilden sie auf der Zunge Buckel, wodurch das dorsum linguae Aehnlichkeit mit dem Rücken einer Kröte bekommt. Werden sie vernachlässigt oder gereizt, so können sie wuchern, sich spalten, sich ulceriren, ja sie können sogar zu hypertrophischen Papeln werden. Dann bilden sie warzige Erhabenheiten, welche die Grösse einer Bohne annehmen können, mehr oder weniger vorspringen, die Oberfläche des Organs verunstalten und in seiner Dichte wahrhafte Knoten von einer nahezu cancroiden Härte bilden. Diese Knoten sind durch eine interstitielle Hyperplasie der Zungensubstanz gebildet. Es ist da dieselbe Masse infiltrirt, welche das Neoplasma der Papel ausmacht. Sie leisten der Therapie mehr Widerstand als die Knoten oder Gummata der Periode der Spätformen.

Bisweilen finden sich auf der Zunge die Schleimhaut-Syphilide in Form von Fissuren, die mehr oder weniger tief, geradlinig oder buchtig, erosiv oder ulcerös sind. Wenn die Syphilide am Rande der Zunge sitzen, lange Zeit bestehen oder vernachlässigt sind, wird das Organ ge-

schwellt, hart, misstaltet und manchmal mit den Abdrücken der gegenüberstehenden Zähne besetzt.

Endlich findet man an der Zunge die ulceröse Form der Schleimhaut-Syphilide entweder als ziemlich lange Furchen oder als mehr oder weniger breite unebene Gruben von unregelmässigem Contour, und rothem oder graugelbem Grunde. Es kommt aber noch ein gutartiger aussehendes Syphilid auf der Zunge vor, das man nirgends anderwärts findet. Dies sind nämlich mehr oder weniger ausgebreitete, nur am Rande der Zunge wahrnehmbare Plaques; bald umschrieben, linsengross, bald viel grösser, röthlich, namentlich viel lebhafter roth als die benachbarten gesunden Partien, von regelmässigem Contour, manchmal gezähnt und ziemlich oft rund oder oval. Diese Plaques sind nicht erosiv und sie werden, wenn mit Nitras argenti oder salpetersaurem Quecksilber bestrichen, nicht weiss, wie andere Efflorescenzen. Ferner sind sie glatt, wie polirt und stechen dadurch von den zottigen Nachbarpartien ab. Man behauptet, dass an solchen Stellen die Papillen der Zunge durch einen pathologischen, von der Diathese bedingten Process entfernt worden sind, doch hat noch keine Section diese Vermuthung bestätigt. Dieser Zustand ist von einigen Autoren mit dem Namen *Psoriasis linguae* bezeichnet worden.

§ 79. Die Schleimhaut-Syphilide des Schlundes.

Häufig kommt es vor, dass die Kranken während der Periode der Frühformen ein- oder mehrmals an Schmerzen im Schlunde leiden. Fast immer ist die Ursache derselben das Schleimhaut-Syphilid dieser Gegend. (Mitunter findet man auch keine wahrnehmbaren Ursachen dieser Schmerzen.) In der Pharyngeal-Gegend wieder sind die Mandeln und ihre Umgebung am häufigsten der Sitz von Efflorescenzen. Darum muss man den Mund eines Syphilis-Kranken, sowie die hintere Rachenwand desselben fortwährend überwachen, und in zweifelhaften Fällen von Syphilis muss man diese Gegend genau inspiciren. Am häufigsten kommen hier Erosionen vor, gewöhnlich flache, bisweilen in geringem Grade papulöse, kleine, linsen- bis mandelgrosse, rothe, graue, oft opaline, discrete oder zusammenfliessende Efflorescenzen; die zusammenfliessenden bedecken manchmal die Mandeln und Gaumenbögen vollständig. Diese Efflorescenzen veranlassen mehr eine gewisse Gêne beim Schlucken, als einen Schmerz; oft aber, besonders wenn sie nicht durch Tabakrauchen irritirt werden, sind sie ganz schmerzlos und ver-

laufen, ohne dass der Kranke von ihrem Vorhandensein eine Ahnung hat. In anderen Fällen dagegen kann die Irritation, die sie hervorrufen, ziemlich beträchtlich sein und alle Zeichen der gewöhnlichen Angina an sich haben, als ein Gefühl von Hitze [im Halse, ein Gefühl von Trockenheit, erschwertes Schlucken, welches sich besonders beim Genusse von Flüssigkeiten einstellt, u. s. w. — Viele Autoren haben behauptet, dass sich diese Erscheinungen zur Nachtzeit steigern, was aber nicht allseitig zugegeben wird. Neben diesem Zustande, den man mit dem Namen *Angina syphilitica* bezeichnet, findet man die zu der afficirten Gegend zugehörigen, vor dem oberen Ende des *Musculus sterno-cleidomastoideus* gelegenen Lymphdrüsen erkrankt. Es gibt auch Autoren, welche von einem syphilitischen Erytheme des Halses sprechen; es ist das ein unter dem Namen *Rubor palati* häufig erwähntes Symptom. Bisweilen bemerkt man auch an den in Rede stehenden Gegenden syphilitische Geschwüre, welche tief in die befallenen Gewebe eindringen, rund, schmerzhaft sind und beträchtlich das Schlucken beeinträchtigen. Sie sind viel seltener als die Erosionen. — Am *Velum palati* und an der *Uvula* sind die Schleimhaut-Syphilide ziemlich häufig, bieten aber nichts von den Syphiliden anderer Schleimhautparthien Unterscheidendes dar.

Alle Schleimhaut-Syphilide der Mundhöhle und des Schlundes haben noch folgende Charactere gemeinschaftlich: 1) Eine geringe Schmerzhaftigkeit, besonders im Beginne. Nur mitunter veranlassen die Schleimhaut-Syphilide des Mundes, wenn sie vernachlässigt oder durch irgend eine Ursache, z. B. durch Tabak, Alcoholic, schlechte Beschaffenheit der Mundhöhle und der Zähne gereizt werden, eine gewisse Gêne, selbst eine Art Schmerz. Dann gesellt sich zu ihnen eine Erscheinung, welche überhaupt allen entzündlichen Zuständen der Mundhöhle zukommt, das ist die *Salivation*. Diese *Salivation* hat nichts gemein mit derjenigen, welche die *Stomatitis mercurialis* begleitet, ist immer sehr geringfügig und besteht nur in einer Steigerung der Speichel-Secretion, mit dem Bedürfnisse, häufig auszuspucken. 2) Alle diese Syphilide sind an sich gutartig, sie können mehr oder weniger lange Zeit dauern, leisten manchmal der Therapie auch Widerstand, aber schliesslich endigen sie doch immer mit Heilung, ohne eine Spur von sich zurückzulassen. Sie sind in dem Punkte sehr verschieden von den Spätformen, welche an dieser Stelle sehr häufig irreparable Verstümmlungen veranlassen. 3) Sie haben eine grosse Geneigtheit zur Recidive, besonders

bei Männern und namentlich bei Rauchern. 4) Alle Efflorescenzen oder Gruppen von Efflorescenzen haben die Kreisform oder Contouren, welche Derivate der Kreisform sind.

Was die Therapie anlangt, so wird eine allgemeine und eine locale platzgreifen müssen. Von der Allgemeinbehandlung mit Quecksilber allein wird man oft vergeblich Heilung erwarten, während die örtliche Behandlung allein fast immer Erfolg hat. Das Quecksilber hat in solchen Fällen nur den Zweck, die Diathese zu mildern und die Geneigtheit zur Recidive zu verringern, schliesslich die Wirksamkeit der localen Therapie zu unterstützen. — Wenn man also diese Manifestation der Dyscrasie so rasch als möglich beseitigen will, muss man sich immer an eine örtliche Therapie halten; und wegen der Unbequemlichkeit, die das Leiden verursacht, manchmal wegen der Schmerzhaftigkeit, immer aber wegen der Gefahr für die Umgebung, muss man trachten, die Kranken schleunigst von diesem Uebel zu befreien. Die locale Therapie, welche sowohl präventiv als curativ wirkt, besteht in der genauesten Reinlichkeit des Mundes, in der Anwendung von Gurgelwässern, in sorgfältiger Pflege der Zähne, Vermeidung von irritirenden Substanzen, besonders von Tabak, ferner in der Cauterisation, nach welcher dann jedesmal ausgegurgelt wird. Sie wird ausgeführt mit dem Nitras argenti en crayon, welches hier vielmehr als Cathereticum, denn als Causticum wirkt. Doch ist es zuweilen unzulänglich, und da gebraucht man mit vielem Vortheil das mehr Schmerz verursachende salpetersaure Quecksilber-Oxydul. Man muss, um es zweckmässig anzuwenden, eine gewisse Uebung haben. Man wickelt um ein Stäbchen ein Stückchen Watta, taucht es in die Quecksilberlösung, drückt es aus, wischt es ab und streicht dann mit ihm langsam über die erkrankte Fläche, wobei man die Vorsicht gebraucht, die Grenze des Erkrankten nicht zu überschreiten; darauf lässt man sofort und in den nachfolgenden 24 bis 48 Stunden mit Eibischthee, mit einer Abkochung von Graupen u. s. w. gurgeln. Später jedoch wendet man Gargarismen von Chlorkali und borsauem Natron an. Nur die Sublimat-Gurgelwässer soll man meiden. Sie haben einen schlechten Geschmack, sind den Zähnen gefährlich und bieten keinen Vortheil. — Gewöhnlich genügt eine Cauterisation mit dem salpetersauren Quecksilber-Oxydul; bisweilen jedoch ist es nöthig, zwei-, dreimal zu cauterisiren; immer müssen dann diese Wiederholungen nach längeren Pausen vorgenommen werden, schon um das Resultat jeder Cauterisation abzuwarten. Wenn die Efflorescenzen

sehr klein sind oder wenn die Efflorescenzen sehr gross sind, ist Nitras argenti vorzuziehen. Im ersteren Falle deshalb, weil die kleine Efflorescenz ein so intensives Causticum nicht erheischt, im zweiten Falle deshalb, weil man ein so intensives Mittel auf einer grossen Fläche nicht verwenden soll, wenn man die Wahl hat. Wird aber doch das erwähnte Arzneimittel gebraucht, soll wenigstens eine grosse Fläche nicht auf einmal cauterisirt werden, weil man nur auf diese Weise der entzündlichen Reaction, welche einer ausgebreiteten Aetzung mit dem energischen salpetersauren Quecksilber-Oxydul folgt, ausweicht.

Der Isthmus faucium bildet, sowie der Isthmus vaginae, eine Grenze für die Ausbreitung der Schleimhaut-Syphilide. Diesseits dieser Grenze sind die Schleimhaut-Syphilide häufiger, jenseits derselben seltener. Merkwürdigerweise kommen auf diesem Gebiete die Spätformen der Syphilis sehr häufig zur Beobachtung. Die Frühformen der Syphilis, welche man seltener an der hinteren Rachenwand bemerkt, sind umschriebene Erosionen, flache oder leicht papulöse oder etwas tiefere Ulcerationen. Sie haben eine Eigenthümlichkeit: wenn sie nämlich in der Umgebung der Pharyngeal-Oeffnung der Tuba Eustachii sitzen, veranlassen sie mehr oder weniger häufige Gehörsstörungen, z. B. Brummen, Zischen in den Ohren und Schmerzen daselbst, Harthörigkeit, sogar Taubheit. Diese Erscheinungen sind während der Periode der Frühformen nicht selten und gewöhnlich wird der Grund derselben verkannt. Manchmal entstehen sie bloss unter dem Einflusse der Diathese, ohne dass man die erwähnten Efflorescenzen in der Rosenmüller'schen Grube an dem Ostium tubae Eustachii vorfindet.

§ 80. Am Larynx sieht man in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen selten Efflorescenzen. Einige Autoren behaupten das Gegentheil. Bei den Männern mögen sie auch häufiger als bei Weibern, und bei Nichtbehandelten häufiger als bei Behandelten vorkommen. Die ausgebreiteten syphilitischen Affectionen des Larynx treten unter zwei Formen auf: 1. als Erythema laryngis syphiliticum und 2. als hyperplastische Laryngitis. Das Erythema laryngis besteht in kreisförmigen, dunkelrothen Flecken, welche meist über den oberen Theil des Larynx ausgebreitet sind. Diese Röthe ist besonders bemerkbar an der hinteren Fläche der Epiglottis, an den oberen Stimmbändern, an dem Schleimhaut-Ueberzuge der Giessbecken-Knorpel; seltener erstreckt sie sich auf die wahren Stimmbänder. Sie ist auf grosse Strecken ausgebreitet, nicht

in kleinen Flecken auftretend. Man bemerkt bei ihr keine deutliche vasculäre Injection, keine Gefässreiserchen, wie z. B. bei der Laryngitis der Tuberculösen. Etwas Specifisches hat jedoch diese Röthe nicht. Das Erythem ist eine an sich gutartige Erkrankung und wird bei mehr oder weniger bedeutenden Störungen der Stimmbildung, angefangen von der einfachen Heiserkeit bis zur vollständigen Aphonie, bemerkt. Es ist nicht mit Schmerz verbunden, nicht mit erschwerter Respiration und veranlasst höchstens einen leichten Husten und ein Räuspern. Dieser Zustand wird von den Kranken insoweit verkannt, als sie meist eine Erkältung für die Ursache desselben halten. Wenn man die Diagnose auf ein syphilitisches Erythem stellt, so kann man dies nicht auf die Farbe und auch nicht auf das sonstige Aussehen des afficirten Organs basiren, sondern muss eine genaue Untersuchung des Kranken vornehmen und sehen, ob nicht anderweitige Symptome von Syphilis vorhanden sind oder vorhanden waren. Doch schwindet diese Affection sehr leicht auf eine specifische Behandlung, unterstützt durch einige Dampfbäder und eine zweckmässige Hygiene. Schwieriger zu behandeln ist eine hyperplastische Laryngitis. Sie ist durch eine diffuse Schwellung der Schleimhaut, welche zu gleicher Zeit hyperaemirt und verdickt erscheint, charakterisirt. Die Mucosa ist ferner dunkelroth, wenigstens dunkler als bei der vorher geschilderten Erkrankung und von einem zottigen, sammtartigen Aussehen. Die Schwellung ist selten auf einen Punkt beschränkt, sondern ergreift meist mehrere Theile des Kehlkopfes, z. B. die Epiglottis und die aryepiglottischen Falten, die falschen Stimmbänder u. s. w. Die Folge davon ist, dass die Form dieser Theile geändert wird; so wird z. B. die Epiglottis weniger scharfkantig, an den Rändern mehr stumpf und abgerundet, oder sie schwillt ganz als solche. Die aryepiglottischen Falten erscheinen als Wülste. Die Vorsprünge, welche die Arytenoid-Knorpeln bilden, zeigen sich mehr abgerundet, verdickt, stehen einer dem andern näher. Die oberen Stimmbänder können so stark anschwellen, dass sie die unteren verdecken und dass der Ventriculus Morgagni verstrichen wird. Die unteren Stimmbänder sind bisweilen (aber ziemlich selten) hyperämisch, stellenweise geröthet, verdickt, weniger beweglich, uneben, gerunzelt, am freien Rande wie fein gezähnt u. s. w. Dieser Zustand ist fast immer ausgebreitet, so dass keine papelähnlichen Efflorescenzen zu Stande kommen. Bisweilen jedoch ist er auf einen circumscripten Umfang beschränkt, dann finden sich kleine, kugelförmige oder

linsenförmige Erhabenheiten. Diese sind durch eine örtliche Verstärkung der allgemeinen Hyperplasie bedingt und mit Unrecht von einzelnen Autoren als Papeln bezeichnet worden. Die hyperplastische Laryngitis ist mit deutlichen und länger dauernden Functionsstörungen vergesellschaftet, als das einfache Erythem. Diese sind: Störungen bei der Stimmbildung, und zwar wird die Intensität, der Timbre, der Tenor der Stimme mannigfach verändert. Dysphonie, Raucedo, Aphonie, leichter Husten, geringer Auswurf, aber keine oder wenig Schmerzen, keine Gêne beim Schlucken, keine Schwierigkeit beim Athmen werden beobachtet. Diese Form der Laryngitis ist persistenter als das Erythem, sie braucht lange, gewöhnlich mehrere Monate, um sich zurückzubilden. Die Therapie besteht in der Anwendung einer specifischen Behandlung, in einer örtlichen Behandlung und in einer ganz speciellen Hygiene, als: Vermeidung des Tabaks und der Alcoholic, Gebrauch der Flüsterstimme. Dampfbäder, der Pulverisateur, Einathmungen von mit Mineraldämpfen geschwängelter Luft, wie sie in einzelnen Badeorten üblich sind, Bepinselungen mit Jodtinctur, mit einer Lösung von Nitras argenti, Sulfas cupri, Sulfas zinci u. s. w. werden mit Erfolg angewendet.

Viel seltener als die ausgebreiteten sind die stellenweisen Erkrankungen der Schleimhaut des Larynx in Folge von Syphilis; dahin gehören: 1. Hypertrophische Flecken von kleiner Ausdehnung, welche sich von der Umgebung durch ihr lebhaftes Purpurroth unterscheiden. Man nennt diesen Zustand die Roseola des Larynx. 2. Kleine, graue, opaline Flecken, ein sehr seltener Befund, opalines Syphilid des Kehlkopfes genannt. 3. Umschriebene Erosionen oder Exulcerationen, welche röthlich, flach und glanzlos sind, wie dies überhaupt bei den Erosionen oder Ulcerationen der Schleimhaut-Syphilide der Mundhöhle und des Schlundes beobachtet wird. Diese Erkrankung führt den Namen erosives Syphilid des Kehlkopfes. Man bemerkt es sowohl auf den oberen als auf den unteren Stimmbändern, der Epiglottis und den Giessbecken-Knorpeln. Durch diese Verbreitung schon unterscheiden sich diese Efflorescenzen dieses Syphilides von den Spätformen angehörenden syphilit. Geschwüren, welche letztere am häufigsten auf der Epiglottis auftreten. 4. Kleine, runde Erhabenheiten, die mit einer breiten Basis aufsitzen, eine erodirte Oberfläche haben und Papeln vergleichlich sind. Sie sind ziemlich selten. 5. Wahre Geschwüre. Diese sind

häufiger und wichtiger als alle im Vorhergehenden erwähnten Zustände. Sie treten nur in einer sehr späten Periode der Krankheit auf.

Die aufgezählten Erkrankungen des Larynx sind oft mit Syphiliden des Mundes, des Schlundes, des Pharynx oder anderer Gegenden vergesellschaftet; und dieses gleichzeitige Auftreten ist häufig ein sehr wichtiger Behelf für die Diagnose.

§ 81. Die *Conjunctiva palpebrarum* in der Gegend des inneren Augenwinkels oder der Carunkel ist in seltenen Fällen der Sitz eines Syphilids. Zuweilen sind es Geschwüre, welche am freien Rande der Augenlider anfangen und das theilweise oder vollständige Ausfallen der Cilien bedingen. Die Thränenpunkte können in Folge von syph. Efflorescenzen, die sich in der Nachbarschaft entwickelt haben, mannigfache Verzerrungen erfahren oder gar verstopft werden.

Ferner findet man an den Nasenlöchern mitunter *circumscribed* Erosionen oder lineäre Furchen. Ziemlich selten verstopfen sie sich mit Krusten, und indem der Kranke sich von denselben zu befreien sucht, reizt er die Verletzungen mehr oder weniger lebhaft, so dass sogar Erysipele entstehen können.

Viel seltener findet man die Syphilide auf der Schneider'schen Membran, in der Nachbarschaft der Nasenlöcher in Gestalt von Erosionen oder Ulcerationen, die lebhaft braun, selten ausgebreitet, meist spaltenförmig sind.

Schliesslich sind noch die Syphilide im Gehörgange zu erwähnen. Diese sind Erosionen oder Papeln; wenn sie vernachlässigt sind, bilden sich auf der Oberfläche derselben Granulationen, welche hypertrophisch werden und den Gehörgang theilweise ausfüllen oder vollständig verstopfen. Sie geben zu einer reichlichen, stinkenden Eiterung Veranlassung, welche mit mehr oder weniger lebhaftem Schmerz vergesellschaftet ist, und bedingen allerlei Gehörsstörungen, sogar Schwerhörigkeit. Werden sie behandelt, so atrophiren sie, resorbiren sich und verschwinden spurlos. Es bedarf zu diesem Zwecke nur einiger Cauterisationen und örtlich angewendeter siccativer Mittel.

* * *

Alle diese Schleimhaut-Syphilide, die im Vorstehenden abgehandelt worden sind, treten entweder vereinzelt auf oder gleichzeitig mit

Syphiliden der Haut, oder mit anderen Zeichen der Diathese, besonders mit Adenopathien.

* * *

§ 82. Es sei nur noch einigen histologischen Bemerkungen über die Schleimhaut-Syphilide, besonders über die Papeln Raum gegönnt. Die oberflächlichen Papeln sind in der Epidermis und in der Malpighischen Schleimschicht situirt, die tiefer reichenden in dem eigentlichen Papillar-Stratum und in der Substanz der eigentlichen Lederhaut. Die Hornschicht der Epidermis ist zweimal so dick als im Normalen, ihre Elemente sind im Zusammenhange gelockert, aber sie fehlt nirgends. Dieser Befund gilt von Papeln, welche nicht erosiv sind, oder welche erosiv waren und bei denen dieser Zustand, meist in Folge der eingeleiteten Behandlung, geschwunden ist.

Die Schleimschichte ist in ungleichmässiger Weise hypertrophisch; aus der Tiefe kommen zapfenförmige Zellenzüge, welche sich bisweilen spalten und abgerundet in der Mitte des Papillar-Stratums endigen. Man bemerkt in ihr drei Arten von Zellen, die schichtweise übereinandergelagert sind: α) die tiefsten, zwischen den Papillen gelagerten sind klein, rund oder ovoid, von den gewöhnlichen normalen Zellen wenig verschieden, zuweilen granulös; β) in der Mitte, beiläufig den Spitzen der Papillen entsprechend, findet man sehr voluminöse Epidermidalzellen, welche am Rande zackig erscheinen, in einer grossen Anzahl dieser Zellen ist der Kern blasig geworden und das Protoplasma erscheint mehr granulirt, als im Normalen; γ) die am meisten nach oben liegenden Zellen enthalten gleichfalls blasige Kerne, und man findet Zellen, welche denen ähnlich sind, die beim Epitheliom beobachtet werden. Ausserdem ist noch zu bemerken, dass einzelne derselben in dem veränderten Kern stark lichtbrechende Elemente mit dunklen Contouren einschliessen, deren Natur bis jetzt nicht festgestellt ist.

Die tiefliegende Schicht des kleinen Tumor, den eine Papel darstellt, entspricht dem veränderten tiefliegenden Dermo-Papillar-Stratum. Im frischen Zustande bemerkt man an ihm eine röthliche Färbung und halbelastische Consistenz. Der Druck lässt aus demselben einen leicht opalinen Saft austreten, in welchem eine grosse Anzahl zelliger Elemente neben einer amorphen Masse vorkommen. Die letztere wird auf Zuthat von Essigsäure, stark granulirt.

Schnitte bieten folgenden Befund: Zwischen Bindegewebsfasern eingebettet findet man zahlreiche kleine Zellen, welche aneinanderstossen,

Diese Bindegewebszüge sind in den tieferen Schichten stärker und reichlicher. Die Oberfläche dieses kranken Gewebes ist unregelmässig gezähnt und die Zähne haben einen verschiedenen Durchmesser. Sie ragen in die Räume hinein, welche zwischen den Zügen der Schleimschicht ausgespart sind. Diese Zähne stellen verlängerte und ungleiche Papillen dar, die mit den benachbarten Partien der hypertrophirten Schleimschicht verschränkt sind, wie wenn man die Finger der einen Hand zwischen die Finger der anderen hineinschiebt. Hie und da bemerkt man runde oder ovaläre Zellenhaufen, welche von kleinen Epithelialzellen gebildet sind und durch schräge Schnitte in das Balkenwerk des Malpighischen Netzes zu Stande kommen. Wenn man die kleinen Elemente, welche durch ihre Menge und durch ihr Gewebe dem Dermo-Papillar-Stratum das Ansehen einer Schichte von Fleischwärzchen geben, entweder an Schnitten oder an Zupfpräparaten untersucht, so findet man, dass sie die Gestalten, den Umfang und die Reactionen der Elemente des jungen Bindegewebes besitzen. Die kleineren sehen aus wie weisse Blutkörperchen, aber sie geben nicht dieselbe Reaction auf Essigsäure. Es sind kleine, runde oder unregelmässig contourirte Zellen, die einen relativ grossen, mit einem deutlichen Nucleolus versehenen Kern besitzen. Ausserdem findet man auch noch freie Kerne. Nebst diesen bemerkt man an einzelnen Objecten, je nach der Präparationsmethode und je nach der Schicht, welcher man das Präparat entnommen hat, verschieden zahlreiche Elemente von folgender Beschaffenheit: längliche, spindelförmige Zellen, die an einem Ende oft gabelförmig auslaufen.

In den tieferen Schichten und an der Peripherie dieser kleinen Tumoren, wo die Grenze der gesunden Haut ist, findet man wenige normale, elastische Fasern und dazwischen immer Haufen von jungen Zellen.

Die Gefässe und Nerven der Papillen sind vollständig maskirt durch die Menge der neugebildeten, anormalen Elemente.

Fasst man das Gesagte zusammen, so muss man die Efflorescenz des papulo-hypertrophischen Syphilids als: 1. aus einem beträchtlichen und ungleich, besonders in der Malpighischen Schicht, hypertrophirten Epidermidal-Stratum; 2. aus einem Dermo-Papillar-Gewebe, das eine überaus reichliche Menge junger, runder und spindelförmiger Elemente besitzt, welche ohne Zweifel aus der Vermehrung praeexistenter hervorgegangen sind, — zusammengesetzt bezeichnen.

An einem Präparate, das von einer in Rückbildung begriffenen Papel herrührte, fand man: wenig deutlich ausgesprochene Verlängerung

der veränderten Papillen, die Zellen des Schleimkörpers mehr blasig und granulirt als am normalen, weniger reichlich junge Zellen als beim früher erwähnten. Man bemerkte ferner an demselben Schnittspalten, welche das ganze pathologische Product durchsetzten und eine Art Secretion gestatteten. Dieser Befund erlaubt den durch weitere Untersuchungen noch zu erhärtenden Schluss: dass die krankhaften Elemente nach einem mehr oder weniger langem Bestande eine regressive Metamorphose eingehen, die in vollständiger Resorption endet. Dieser Rückbildungsprocess beginnt sowohl in den aneinander grenzenden oberflächlichen Schichten des Derma, als auch in dem an jenen grenzenden, tiefliegenden Antheile der Schleimschichte.

§ 83. Bevor das Capitel von den Papeln auf der Schleimhaut oder in der Nähe derselben abgeschlossen wird, muss noch von einer diesen pathologischen Producten zukommenden Eigenschaft gesprochen werden, auf welche schon früher hingewiesen worden ist und die darin besteht, dass sich zuweilen die Basis der Papei indurirt. Es tritt ausser dem Neoplasma, welches die Papei an und für sich darstellt, unter jenem noch ein zweites, schon im Derma gelegen, auf. Fournier bezeichnet diese letztere Neubildung mit dem Namen *Induration secondaire*, weil sie dem betastenden Finger denselben Eindruck macht, wie die *Induration (primaire)* des „Schankers“.

Man findet aber nicht blos einzeln stehende Papeln grösseren oder kleineren Umfanges, sondern auch ganze Gruppen dieser Neoplasmen an der Basis (der Gruppe) indurirt, ja grössere Antheile des äusseren Genital-Apparates, wie z. B. ein *labium majus* oder *minus* oder gar beide, erscheinen in Folge der ihr Gewebe durchsetzenden Neubildung in toto auffällig verhärtet, wenn sie die erwähnten Efflorescenzen in grösserer Anzahl tragen. Diese Induration ist von jener durch den Tastsinn wahrnehmbaren Texturveränderung, welche durch Oedem oder durch Entzündung verursacht wird, wesentlich verschieden und identisch mit jener Verhärtung, die als ein wichtiges, wenn auch nicht pathognomonisches Symptom des „Schankers“ bezeichnet wurde. Es ist mithin der Schluss erlaubt: es gibt indurirte Papeln, sowie es indurirte „Schanker“ gibt. Wie die Induration des letzteren, so zeigt auch die der ersteren eine trockene, elastische, knorpelähnliche Resistenz, Indolenz bei der Entstehung und im Verlaufe, dieselbe Art der Entwicklung und dieselbe Tendenz zur spontanen Resorption, kurz genau dieselben Charaktere

und dasselbe Verhältniss des Umfanges zur Grösse des pathologischen Productes, welches von der secundären Induration begleitet wird.

Diese Art von Verhärtungen sitzen am häufigsten an der Vulva, aber auch an den Lippen, an den Mundwinkeln, an der Zunge, am Penis, besonders in der Eichel furche, am After etc. kommen sie vor.

Die secundäre Induration kann für die eines „Schankers“ gehalten werden. Und Missdeutungen dieser Art ermöglichen die irrige Annahme: es könne jemand sich einen „Schanker“ zuziehen, während er mit Syphilis, d. h. mit den Consecutivzuständen eines früher erworbenen „Schankers“ behaftet sei. Ferner werden nur durch die jedesmalige Berücksichtigung des Umstandes, ob man es nicht mit einer secundären Induration zu thun habe, die Fälle von Reinfectio syphilitica, d. i. von Wiedererwerbung eines „Schankers“ nach Ablauf der Consecutiverscheinungen eines früher erworbenen als unzweifelhaft hingestellt.

Aus dem Gesagten ergibt sich der Schlusssatz, auf den schon wiederholt hingewiesen wurde, dass auf das vereinzelte Symptom der Induration allein bei der Diagnose der Geschwüre, ob „Schanker“, ob nicht, kein besonderes Gewicht gelegt werden darf, sondern, dass erst die Wahrnehmung von Begleitungserscheinungen (syphilitischer Bubo) oder Consecutivzuständen zu der Diagnose berechtigen.

Dieselbe Neubildung, welche das Wesen der secundären Induration ausmacht, finden wir bei einzelnen Syphiliden der Haut, insbesondere bei psoriatischen und ecthymatösen, bei Lymphangitiden und Adenopathieen, bei den Knoten der Haut und der Albuginea testis, sowie in den Papeln selbst.

§ 84. Weiters schliessen sich an die Erörterung der Papeln Bemerkungen über die Umbildung des „Schankers“ zu einer Pape, bedingt durch *transformatio in situ*, an. Diese erfolgt in zweifacher Weise:

Entweder ein „Schanker“ verliert sein geschwürartiges Aussehen, der Grund hebt sich, die grubige Vertiefung, welche vorhanden war, füllt sich aus, und wird so gewölbt, dass die Wölbung über das Niveau der Umgebung hervorragt. Zu gleicher Zeit ändert sich auch die Farbe: der dunkelrothe Ton verliert sich und macht einem lichtrothen Platz. Ebenso geht auch die Glätte der Geschwürsfläche verloren und diese wird uneben und während so allmählig die Charactere des „Schankers“ immer undeutlicher werden, werden jene der

Papel immer deutlicher bis man endlich dort, wo ursprünglich ein „Schanker“ sass, nunmehr eine Papel findet, welche auch dann alle Phasen der Rückbildung, wie sie ausführlich oben geschildert wurden, eingeht.

Oder die Transformatio in situ geht in folgender Weise vor sich: Noch während des Bestandes des syphilitischen Primäraffectes zeigen sich Manifestationen der Allgemeinerkrankung in Form von Papeln, welche manchmal zufällig in der Nähe des „Schankers“ sich entwickeln, sich vergrössern, untereinander confluiren, den „Schanker“ förmlich einschliessen, bei fortschreitender Vergrösserung mit ihm zusammenfliessen und ihn dergestalt verdrängen, dass man schliesslich an Ort und Stelle des früher bestandenen syphilitischen Initialaffectes das Ergebnis jenes Zusammenfliessens, die Papelgruppe, die Papulae gyratae, findet. Dabei hat der „Schanker“ in der früher geschilderten Weise seine Attribute verloren, ist selbst eine den umgebenden ähnliche Papel geworden, und wiewohl sich manchmal durch Buchten und Einschnitte die einzelnen Efflorescenzen, aus denen der Gyrus besteht, erkennen lassen, so ist man doch nicht mehr im Stande anzugeben, welche von diesen dem ehemaligen „Schanker“ entspricht. Die weiteren Schicksale eines solchen Gyrus, seiner Bestandtheile sind bereits geschildert worden.

Die genaue Beobachtung dieser Vorgänge hat den Rückschluss ermöglicht, dass die Annahme, der syphilitische Primäraffect trete in allerdings äusserst seltenen Fällen in Form einer Papel auf, eine **irrig**e ist. Es hat sich eben in solchen Fällen immer um einen „Schanker“ gehandelt, der durch Transformatio in situ nach einer der beiden geschilderten Arten zu einer Papel geworden ist. Erst nach der Erkenntnis dieses Vorganges steht die Regel fest: An der Stelle, an welcher das syphilitische Gift in den Körper eindringt, entwickelt sich **immer** ein „Schanker“, niemals aber beginnt die Syphilis mit einem Symptome, welches der Allgemeinerkrankung angehört.

IV. CAPITEL.

Die Erkrankungen im Lymphdrüsensysteme während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 85. Nach der Betrachtung der Erkrankungen, welche die Syphilis auf der Haut und den Schleimhäuten hervorruft, ist es nöthig, die von der Diathese im Lymphdrüsensysteme veranlassten pathologischen Veränderungen ins Auge zu fassen.

Wenige Krankheiten üben einen gleich häufigen und gleich intensiven Einfluss auf das Lymphdrüsen-System aus, wie die Syphilis.

Bevor die Diathese Allgemeinerscheinungen hervorruft, bleibt dieser Einfluss, wie bereits früher gesagt, auf die Drüse beschränkt, welche im engsten anatomischen Nexus mit dem Sitze des „Schankers“ steht. Später aber wird er ein allgemeiner und ausgebreiteter und während der Periode der Frühformen sind die Lymphdrüsen der verschiedensten Körpergegenden in Folge der Dyscrasie afficirt.

Der Grad der Erkrankung dieser Drüsen ist bei den verschiedenen Individuen äusserst variabel, bei einigen ein geringer, bei anderen ein excessiver.

Dabei ist zu bemerken, dass einzelne dieser Adenopathien lediglich dem Einflusse der Diathese zuzuschreiben sind, indem keine andere palpable Erkrankung der allgemeinen Decke oder sonst eines Organs, auf welche sie zurückzuführen wären, nachzuweisen ist. Andere dieser Drüsenerkrankungen werden wieder in der Nachbarschaft von anderen Frühformen der Syphilis (Erkrankungen von Haut- und Schleimhaut-Antheilen) und unter dem sichtbaren Einflusse dieser Manifestationen der Diathese stehend beobachtet. Ferner scheint es fast, als ob einzelne

der im Vorhergehenden erörterten Affectionen eher im Stande wären, jenen deletären Einfluss auf die Drüsen auszuüben, als andere, und dass die Drüsen gewisser Gegenden dieser Einwirkung zugänglicher wären, als anderswo situirte. So findet man z. B. bei Psoriasis palmaris, wenn sie allein vorhanden ist, die Cubitaldrüsen selten, die Axillardrüsen nie erkrankt; bei Schleimhaut-Syphiliden der Vulva findet man z. B. die Leistendrüsen nicht selten intact etc., während man wiederum bei den syphilitischen Ausschlägen der behaarten Kopfhaut und bei den Papeln der Mundschleimhaut die mit diesen Gegenden im anatomischen Nexus stehenden Lymphdrüsen (die Glandulae cerv. post.) auffällig verändert findet.

§ 86. Die Glandulae cervicales posteriores sind überhaupt bei Syphilis am häufigsten ergriffen, so dass man bei Verdacht auf Syphilis immer nach diesen Drüsen suchen muss. Betrachtet man die einschlägigen Fälle näher, so findet man, dass da eigentlich dreierlei Drüsen nahe bei einander liegen: 1. die eigentlichen cervicales posteriores am Rande des Musculus cucullaris; 2. die Suboccipital-Drüsen an der Basis cranii über den ersteren und 3. die am Zitzenfortsatze. Die letzteren liegen etwas nach rückwärts vom Ohre in der Gegend des Processus mastoideus und stellen halbkugelige Erhabenheiten von der Grösse eines halben Kirschkernes und darüber vor. Bei vielen Patienten findet man alle die aufgezählten Drüsen ergriffen, bei manchen ist die eine oder andere Gruppe normal geblieben. Bei Männern findet man diese Glandulae nahezu constant erkrankt, bei Weibern fehlt doch zuweilen dieses Symptom.

In Bezug auf Häufigkeit der Erkrankung kommen nach den Glandulae cervicales posteriores die anteriores. Unter diesen sind wieder die Peripharyngeal-Drüsen am öftesten erkrankt. Sie liegen zu beiden Seiten des Pharynx am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus und finden sich besonders bei Schleimhaut-Syphiliden des Schlundes und seiner Nachbarpartien. Viel seltener sind die über dem Zungenbein gelegenen Drüsen und die unteren Halsdrüsen ergriffen.

Die Submaxillardrüsen nehmen in der Häufigkeitsscala den dritten Rang ein und begleiten immer Affectionen an den Lippen, an der Buccal-Schleimhaut und am Munde.

Ferner sind in Folge von Syphiliden am Anus und an der Vulva die Inguinaldrüsen erkrankt, was, wie bei den Epitrochleardrüsen, theils mit, theils ohne Veränderungen der Partien, zu denen sie anatomisch

gehören, wahrgenommen wird. Seltener sind die in der Parotisgegend und knapp vor der Ohrmuschel sitzenden Drüsen afficirt. Mit einem Worte, es gibt keine der Untersuchung am Lebenden zugängige Lymphdrüse, welche nicht bei Syphilis während der Periode der Frühformen, während der Zeit, in welcher man auch andere Zeichen der Diathese beobachtete, erkrankt gefunden worden. Dieses Zeichen fehlt während der ersten Zeit nach stattgefundener Infection und während des Auftretens von Spätformen. Es verspätet sich manchmal seinerseits mit dem Erscheinen, so dass es z. B. erst im zweiten, dritten Jahre nach stattgefundener Infection, in Ausnahmefällen auch noch nachher, wahrgenommen wird.

§ 87. Seinem Wesen nach ist das in Rede stehende Leiden nicht verschieden von der symptomatischen Drüsenerkrankung, wie wir sie beim „Schanker“ kennen gelernt haben. Bei beiden dieselben Symptome, dieselbe Entwicklung, derselbe Verlauf und dieselbe Gutartigkeit, insoferne man unter Gutartigkeit die Geneigtheit zur vollständigen Resorption auch ohne therapeutisches Eingreifen versteht.

Die Volumsvermehrung der erkrankten Lymphdrüsen ist nicht beträchtlich. Sie werden höchstens haselnussgross und nur in Ausnahmefällen grösser (wallnussgross). Sie erfolgt, ohne dass die Kranken auf sie durch irgend ein abnormes Gefühl aufmerksam gemacht würden. Die Schwellung der Lymphdrüsen ist somit indolent und auch aphlegmatisch, da sie nicht von Röthung der Haut, örtlicher Wärme, Störungen des Allgemeinbefindens, nicht einmal von localer functionum laesio der Theile begleitet ist. Mit einem Worte, die Erkrankung besteht einzig und allein in Volumszunahme der Lymphdrüsen, die an der Oberfläche, soweit sie betastet werden kann, glatt, fest und hart werden, ein Befund, welcher der Idee, dass man es mit einer Neubildung zu thun hat, wohl Raum lässt. Ausserdem werden sie an die Umgebung nicht adhärent, bleiben frei und beweglich. Dadurch unterscheiden sie sich auffällig von den durch entzündliche und strumöse Drüsenerkrankung veränderten, bei welcher im Gegentheile die ergriffenen Glandulae lymphaticae sehr bald an die umgebenden Gewebe adhärent werden und mit denselben verschmelzen.

Hat die Schwellung das Höhestadium ihrer Entwicklung einmal erreicht, so bleiben sie in demselben entweder kürzere oder längere Zeit — meist mehrere Monate. Dann fangen sie an, ihre Consistenz zu verlieren, an Umfang abzunehmen, kurz, sie atrophiren, ohne dass weitere auffällige Erscheinungen auftreten würden, sie resorbiren sich

spontan. Daraus folgt, dass kein therapeutisches Eingreifen ausser der Allgemeinbehandlung der Diathese nothwendig ist.

Sie verdienen demnach nur insoweit das Interesse des Arztes, als sie von semiologischer Bedeutung sind. Denn einerseits sind sie constant und andererseits ergreift die Erkrankung in Folge von Syphilis meist jene Drüsen, welche von anderen Leiden, die, wie z. B. die Scrophulose hauptsächlich mit verbreiteten Drüsenaffectionen einhergehen, verschont bleiben.

§ 88. Es gibt aber auch Abweichungen von dem im Vorhergehenden aufgestellten Schema.

Während man nämlich gewöhnlich nur einzelne Drüsen, z. B. am Nacken, dann in der Nähe der Mandeln und unter dem Kinne und sonst nicht viel mehr geschwellt findet, beobachtet man bisweilen, besonders bei Weibern, dass fast **alle** tastbaren, oben aufgezählten Lymphdrüsen in der früher erwähnten Weise erkrankt sind. Nur ist die Vergrösserung beträchtlicher, als sie in der Regel zu sein pflegt, so dass man ziemlich derbe, rosenkranzähnliche Stränge, z. B. zu beiden Seiten des Halses, am Cucullarisrande und wo sonst Lymphdrüsen gefunden zu werden pflegen, sich hinziehen sieht. Polyadenitis universalis emminens nennt v. Sigmund diesen Zustand, welcher sich meist neben schweren, durch die Diathese bedingten Erkrankungen in anderen Organcomplexen, besonders im splanchnischen Systeme findet. Als Beweis der letzteren Behauptung beobachtet man nämlich in solchen Fällen ziemlich häufig: ausgesprochene Anaemie, Blässe, chlorotische Entfärbung der Haut, allgemeine Schwäche, Schwäche des Verdauungstractus, des Herzschlages, Nervenstörungen etc.

Dann gibt es noch eine zweite Abweichung vom Gewöhnlichen im Verlaufe der allgemeinen Lymphdrüsenerkrankung in Folge von Syphilis. Sie ist wahrscheinlich durch constitutionelle Anlage, z. B. Scrophulose, bedingt, findet sich aber auch bei solchen Individuen, bei denen ausser der im Vorliegenden abgehandelten Diathese sonst keine Krankheit nachweisbar ist und besteht im Folgenden: Die einzelnen Drüsen, die doch sonst in der Regel nur höchstens bis zum Umfange einer Haselnuss anschwellen, werden ungeheuer gross, so gross zuweilen wie ein Hühnerei (strumöse Drüsenanschwellung). In diesem Zustande bleiben sie lange Zeit stationär, dann resorbiren sie sich oder — entzünden sich. Sie werden schmerzhaft, unbeweglich, teigig weich, verschmelzen mit dem benachbarten Zellengewebe und der darüber liegen-

den, sich röthenden Haut. Auch jetzt noch kann durch eine rechtzeitig eingeleitete, antiphlogistische Behandlung den weiteren Fortschritten in der Entwicklung dieser entzündlich strumösen Drüsenerkrankung und der periganglionären Phlegmone (so nennt man den Complex der geschilderten Zustände) Einhalt gethan werden. Manchmal aber erreicht man dieses Ziel nicht. Es kommt zur Eiterung und Abscessbildung mit allen ihren Folgen, d. h. der Abscess schliesst sich oder es kommt zur Bildung langer, persistenter, Eiter secernirender Hohlgänge. Diesen letzteren Verlauf findet man besonders bei den Adenopathien der Drüsen der Regio cervicalis anterior, vor und unter dem musculus sternomastoideus, der Drüsen der regio submaxillaris, perimaxillaris, an den über dem Zungenbeine gelegenen Drüsen, seltener an den Leisten, und was die Geschlechter anbelangt, besonders bei Weibern.

Wohl zu merken ist, dass die eben geschilderte Art von Drüsenerkrankung häufig bezüglich ihres Zusammenhanges mit der Syphilis nicht erkannt wird. Man hält sie sonst für harmlose, einfache, entzündliche Adenopathien. Man muss beim Anblicke dieser Zustände deshalb immer auf der Hut sein, die Anamnese zu Rathe ziehen und auch sonst nach anderweitigen Spuren von stattgehabter Infection suchen.

Vielleicht lässt sich auch auf diese Weise mancher Retropharyngeal-Abscess, dessen aetiologisches Moment sonst ganz im Dunkel gehüllt ist, dadurch erklären, dass sein Vorhandensein auf eine bestehende, aber sonst latente syphilitische Diathese hinweist (meint Fournier).

V. CAPITEL.

Die Erkrankungen im Bewegungsapparate während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 89. Im Bewegungsapparate: In den Knochen, fibrösen Geweben, besonders in den Sehnen, in den Gelenken und Muskeln veranlasst die Syphilis während der Periode der Frühformen die im Folgenden zu besprechenden Veränderungen, als deren wichtigstes Symptom Schmerz auftritt; namentlich sind die Knochen der Sitz von Schmerzen, die deshalb schon von unseren Alvorderen den Namen *Dolores osteocopi* erhielten. Mit dem Fortschreiten der Erkenntnis der betreffenden Erkrankungen hat man gefunden, dass diese Schmerzen entweder auf einer einfachen, durch Syphilis bedingten Periostitis oder auf einer solchen mit gleichzeitigem Ergriffensein der dem Periost zunächst anliegenden Knochenschicht, also auf einer Periostose beruhen, und schliesslich hat man gefunden, dass der Schmerz auch nur in dem Knochen seinen Sitz haben kann, ohne dass Veränderungen in seiner Substanz oder in der Beinhaut wahrnehmbar wären und hat die hierher bezüglichen Zustände Ostealgien genannt.

§ 90. Die Periostitis syph. ist (nach Fournier) viel häufiger beim Weibe, als beim Manne. Ihre Symptome sind folgende: Fixer und begrenzter Schmerz an einem oberflächlichen Punkte des Knochens, welcher in der Ruhe wenig intensiv ist und durch Bewegung und Druck gesteigert wird. An der schmerzhaften Stelle bemerkt man eine leichte Erhebung in Form eines flachen Vorsprunges, welche durch einen Erguss flüssiger Masse oder durch eine solide Infiltration veranlasst wird. Mitunter hat man ein dunkles Gefühl von Fluctuation innerhalb einer circumscribten Stelle. Ueberhaupt ist es für die Periostitis syphilitica charakteristisch, dass sie circumscribirt, mandelgross

oder wenig grösser auftritt, so dass man sie, um sie zu finden, sorgfältig suchen muss. Nur bei aufmerksamem Betasten eines Knochens findet man die schmerzhaft, scharf umschriebene Stelle. Wenn man nicht genau untersucht, kann man das Leiden in Folge dessen mit einer Neuralgie, Myosalgie, einem Rheumatismus oder irgend einem Schmerze anderer Natur verwechseln. Man findet diese Periostitiden an den verschiedensten Stellen des Skelettes, besonders an den Enden der Röhrenknochen, aber auch an dem Schulterblatte, an den Rippen u. s. w. Am häufigsten sind sie an der inneren Fläche der Tibia, am äusseren Knöchel, am Scheitelbeine, an den Rippen, am unteren Ende des Humerus und an den Knochen des Vorderarmes.

§ 91. Die syph. Periostosen sind weniger häufig als die Periostitiden, aber selten sind sie keineswegs. Sie sind leichter zu finden, als die ersteren und werden in den verschiedensten Zeitabschnitten der Periode der Frühformen beobachtet. Ihre Symptome sind: Ein Vorsprung an der Oberfläche des Knochens, lebhafter Schmerz daselbst und Knochenhärte des Vorsprunges. Der Vorsprung wird durch das Getaste ervirt. Oft ist er schon dem Auge erkenntlich; er hat eine verschiedene Höhe und verschiedene Ausbreitung, mehrere Centimeter im Umfang und zwei bis vier Centimeter in der Höhe messend. Er ist bei der Bewegung und auch spontan schmerzhaft. Die spontanen Schmerzen nehmen im Bette zu und haben nächtliche Exacerbationen, die den Schlaf stören können. Charakteristisch ist ferner die Härte, welche, wie gesagt, als eine Knochenhärte sich zeigt. Sich selbst überlassen, bleiben diese Periostosen lange Zeit schmerzhaft, dann kommt ein Zeitpunkt, wo die Schmerzen nachlassen, endlich aufhören, aber die Anschwellung fortbesteht. Werden diese Tumoren behandelt, so resorbiren sie sich rasch, ohne dass eine Spur ihres Vorhandengewesenseins zurückbleibt.

Die beste Therapie gegen die Periostitiden und Periostosen besteht in der Anwendung der sogenannten gemischten Behandlung, das heisst, es wird interne neben Mercur auch Jod gebraucht, $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Gran Protojoduretum hydrargiri und gleichzeitig $\frac{1}{2}$ —1 Drachme Jodkali pro die. Oertlich gebraucht man Einreibungen mit Quecksilbersalbe oder ausgiebige Bepinselungen mit Jodtinctur. Auch fliegende Vesicantien werden gerühmt.

Die specifische Behandlung wirkt äusserst schmerzstillend. Das Opium und Narcotica, innerlich und äusserlich, haben nicht denselben, höchstens einen mit Gewalt erzwungenen, ephemeren Erfolg.

Am häufigsten findet man die Krankheit an der inneren Schienbeinfläche oder an der vorderen Kante der Tibia. Dasselbst bemerkt man entweder ziemlich grosse Periostosen, welche flache Tumoren von mehreren Centimetern Länge und Breite bilden; oder es zeigen sich kleine, erbsengrosse Höckerchen, die entweder zerstreut stehen oder gruppiert sind. Mitunter sind diese Höcker nicht sichtbar, sondern man kann sie nur tasten. Ein anderer Lieblingssitz der Periostosen sind die Stirnknochen, wo sie 2—3 Millimeter hohe Beulen bilden, die so gross sind als der Umfang einer wälschen Nuss und die, wenn die Haut nicht ihre normale Färbung hätte, wirklich für Contusionen gehalten würden. Manchmal ist eine, bisweilen sind mehrere vorhanden. Ferner findet man diese Periostosen im Sternum, ziemlich umfänglich, — an den Rippen, ziemlich klein. Sie veranlassen an letzteren lebhaften Schmerz, der mit einer Pleurodynie oder mit dem *point douloureux* einer Inter-costal-Neuralgie verwechselt werden kann. Der aufmerksam tastende Finger findet aber bald die Veränderung am Knochen als Ursache des vorhandenen Leidens.

§ 92. Syph. Ostealgien. Das einzige Symptom dieses Zustandes sind spontane, auf Druck zunehmende, ohne irgend eine palpable Ursache bestehende Schmerzen an einer umschriebenen, leicht begrenzbaren Stelle. Diese Ostealgien werden an sehr vielen Gegenden des Körpers beobachtet, besonders aber an solchen, wo die Knochen direct unter der Haut liegen, also an den Epicondylen, an der Epitrochlea, am Processus styloideus des Radius, am Kopfe des Cubitus, an den Gelenksknorren des Oberschenkels, an der Tuberositas tibiae, an den Knöcheln, ferner an den Apophysen der flachen Knochen, an der Schultergräte, am Acromion u. s. w. Diese Ostealgie wird ferner besonders dort bemerkt, wo reichliche fibröse Gewebe in Form von Aponeurosen, Bändern, Insertionen von Sehnen vorhanden sind.

An die geschilderten reihen sich drei besonders zu erwähnende schmerzhaft Zustände, nämlich der syphilitische Schmerz des Schädels, die syphilitische Sternalgie und Pleurodynie.

Bei den syphilitischen Schmerzen des Schädels findet man bei Betastung eine empfindliche Stelle durch Periostitis oder Ostitis bedingt, oder es ist eine Ostealgie der Grund des Uebels. Die Kranken führen mitunter, wenn die Untersuchung das erwünschte Ergebnis nicht haben würde und durch dieselbe die erwähnten Zustände nicht gefunden werden sollten, durch ihre Angaben auf die Ursache des Lei-

dens, indem sie den Kopf als äusserst empfindlich schildern, so dass sie sich nicht zu kämmen wagen, weil die Berührung mit dem Kamme, das Hantiren mit den Haaren einen schrecklichen Schmerz verursacht.

Bei der syph. Sternalgie hat der Kranke ein Gefühl, als ob ihm ein Gewicht auf der Brust läge, in Folge dessen er im Athmen genirt ist. Die Weiber werden so empfindlich, dass sie den Druck des Schnürleibs nicht vertragen. Auch hier findet man bei Betastung des Sternums entweder eine Ostitis oder Periostitis, oder der Grund des Leidens ist wieder Ostealgie. Auch auf den Processus xyphoideus dehnt sich dieser Zustand aus. Die Kranken klagen dann über Schmerzen in der Magengrube und bei einer oberflächlichen Untersuchung glaubt man, es mit einer Gastralgie zu thun zu haben.

Am allerhäufigsten aber beobachtet man Pleurodynien oder schmerzhaft Punkte in den Flanken in Folge von Syphilis. Mitunter sind diese Zustände die Folge einer Intercostal-Neuralgie. Doch kommt das nur ausnahmsweise vor. Manchmal ist eine Periostitis oder Ostitis der Rippen die Ursache, und schliesslich sind zuweilen umschriebene spontane, auch in der Ruhe vorhandene, durch Druck oder Athembewegung des Thorax aber gesteigerte Ostealgien der Grund des Leidens.

Man kann sich deshalb sehr leicht täuschen und diese Erkrankungen für Intercostal-Neuralgien, für gewöhnliche Pleurodynien halten, welche Zustände durch das Ergebnis der Untersuchung ausgeschlossen werden können, und natürlich bevor man eine fixe Diagnose stellt, auch ausgeschlossen werden müssen. Schliesslich können auch pleurodynieähnliche Zustände durch Perichondritis syphilitica der Rippen-Knorpel hervorgerufen werden.

§ 93. Die Gelenke werden in Folge der syphilitischen Diathese mannigfach ergriffen. Man beobachtet auch an ihnen Schmerzen (Arthralgien), für die keine palpable Ursache nachweisbar ist, und diese Zustände sind häufig. — Ferner findet man Congestiv-Zustände der Gelenke mit oder ohne nachfolgendem Erguss in die Gelenkshöhle. Diese Befunde sind selten; sie führen den Namen Hyarthrosen.

Die syph. Arthralgien sind Zustände der Gelenke, bei denen dieselben gegen Druck empfindlich sind und bei der Bewegung schmerzen. Sie können in allen Gelenken vorkommen, aber vorzugsweise sind sie a) im Schultergelenke: in Folge eines solchen Leidens können die Kranken die Hände nicht über den Kopf heben, wie dies z. B. beim Kämmen nothwendig ist; b) in den Knien, wodurch das Gehen schmerz-

haft oder beschwerlich wird; in Folge dieser Affection können die Kranken z. B. sich nicht bücken, um einen Gegenstand von der Erde aufzuheben; sie können manchmal nicht einmal stehen, oder aufstehen, wenn sie sich gesetzt haben; — c) in den Ellenbogen, Handwurzel- und Fusswurzel-Gelenk. Selten sind sie im Temporo-maxillar-Gelenke, in der Hüfte. Man findet auch bei diesen Arthralgien, wie bei manchen Gelenksleiden aus anderer Ursache, dass die Steifheit, welche sie begleitet, in der Ruhe zunimmt und bei Bewegung sich verliert. Bei genauer Untersuchung zeigt es sich zuweilen, dass man es mit Arthralgien gar nicht zu thun habe, sondern mit Erkrankungen der den betreffenden Gelenken zunächst gelegenen Muskeln, Sehnen, der benachbarten Beinhaut, oder dass Neuralgien die Ursache jener Zustände sind, welche für Arthralgien gelten. — Man wird sich deshalb hier mehr als sonst nicht an die Angaben des Kranken halten, sondern muss selbstständig untersuchen, um eine richtige Diagnose zu stellen.

Seltener treten in Folge von Syphilis Ergüsse in die Gelenke auf. Es entwickeln sich dieselben Symptome, wie bei einer leichten Arthralgie. Das Gelenk wird schmerzhaft, sowohl spontan, als bei activer oder passiver Behandlung. Diese Schmerzen erreichen jedoch nur einen mittleren Grad und werden niemals so heftig, wie bei Gicht oder Rheumatismus; dann wird die Gelenkshöhle von einem Ergüsse erfüllt, welcher in der Mehrzahl der Fälle nicht beträchtlich ist. Man hat das ganze Bild einer nicht entzündlich verlaufenden Hydarthrose. Die Haut bleibt nämlich in der Gegend des Gelenkes vollkommen normal und hat nicht jene schwach röthliche Farbe, wie man sie z. B. beim Rheumatismus beobachtet. Auch im Allgemeinbefinden treten keine Störungen auf, ausser es gesellte sich, wie dies in seltenen Fällen geschieht, zu dem eigentlichen Leiden ein mehr oder weniger heftiger Grad von Entzündung, oder die befallenen Individuen wären von Haus aus etwas erregbar. Dann kommt es allerdings zu einem leichten Fieber, das aber immer rasch schwindet, zu Appetitlosigkeit, Uebelbefinden, Missstimmung u. s. w. Der Sitz dieses Leidens sind gewöhnlich die Kniegelenke, die Knöchel, das Handwurzelgelenk. Dieser Zustand kann als eine *Arthritis subacuta syphilitica* aufgefasst werden.

Es gibt aber auch noch Fälle, in denen sich in Folge von Syphilis wirklich eine einfache Hydarthrose entwickelt. Dieser Zustand unterscheidet sich von dem im Vorhergehenden geschilderten durch weniger lebhafte Schmerzen, bisweilen werden gar keine beobachtet,

durch einen beträchtlichen Erguss, dessen Vorhandensein leicht durch das Getaste festzustellen ist. Er bietet aber kein eigenthümliches Phänomen und unterscheidet sich von einer gewöhnlichen Hydarthrose nur durch das geringere Volumen, die kürzere Dauer und die leichtere Rückbildung in Folge des Eingreifens einer anti-syphilitischen Therapie. Der letztere Umstand hilft auch in zweifelhaften Fällen die Diagnose dieser Krankheit machen, welche nur im Kniegelenke beobachtet wird. In welcher Form aber immer das Leiden auftritt, nie dauert es lange. Immer wird eine interne Behandlung, Ruhe, Kataplasmen, und gegen die Hydarthrose Bepinselungen mit Jodtinctur und Compression in wenigen Wochen, oft in 14 Tagen schon, einen Erfolg haben. Einige setzen bei entzündlichen Erscheinungen auch noch Schröpfköpfe an das Gelenk. Es muss noch aufmerksam gemacht werden, dass diese Arthropathien eine mehr oder weniger intensive, eine mehr oder weniger lange andauernde Crepitation fast ausnahmslos zurücklassen, welche wahrscheinlich von der zurückgebliebenen Rauigkeit an den Gelenkflächen herrührt und nicht blos durch das Getaste wahrgenommen, sondern auch auf Distanz gehört werden kann. Diese Gelenksleiden sind keine rheumatischen Affectionen (mit denen sie so grosse Aehnlichkeit haben) in individuo syphilitico. Zum Beweise entwickeln sie sich immer in einer gewissen Periode der Diathese; treten sie mit anderen syphilitischen Symptomen gleichzeitig auf; üben Mercur und Jod einen so heilsamen Einfluss auf sie aus; zeigen sie sich auch bei Individuen, die weder an und für sich noch durch Häredität eine Anlage zum Rheumatismus haben; endlich besitzen sie Symptome, welche man bei den gewöhnlichen Rheumatismen nicht wahrnimmt, während wieder gewöhnliche Rheumatismen Erscheinungen darbieten, die bei den in Rede stehenden Erkrankungen nicht beobachtet werden. So z. B. haben die syphilitischen Gelenksleiden nicht die Geneigtheit, sich auf andere Gelenke auszubreiten und pflegen auch nicht auf die serösen Häute Metastasen zu setzen. Dagegen haben sie nächtliche Exacerbationen und eine viel raschere Entwicklung zu ihrem Höhepunkte, als die Gelenksleiden beim Rheumatismus.

§ 94. An die Arthropathien reihen sich die syph. Erkrankungen der Sehnen, welche eine grosse Analogie mit den Gelenksleiden besitzen und auch zu gleicher Zeit mit ihnen vorkommen. Man bemerkt entweder einfache Hydropsie der Sehnenscheiden oder mehr oder weniger vollständige Entzündungen der Synovial-Säcke. Die Hydropsie

besteht in einer Ausdehnung der Sehnenscheide durch einen flüssigen Erguss, welche Exsudation äusserlich schon durch eine Anschwellung, durch einen Buckel, der dem Verlaufe einer Sehne entspricht, gekennzeichnet, deutlich circumscribt und sowohl spontan, sowie gegen Druck schmerzlos ist. Aus dem Grunde entgeht sie oft dem Kranken, wie dem Arzte. Die Haut über derselben verfärbt sich nicht, und sie veranlasst höchstens eine leichte Beschränkung der Bewegungen, an denen die betreffenden Sehnen theilnehmen. Bisweilen bemerkt man eine mehr oder weniger deutliche Fluctuation. Man findet sie meist an den Sehnen der Extensoren der Finger, bisweilen auch am Fussrücken, entsprechend den Sehnen der Extensoren der Zehen. Meist zeigen sie sich auf der einen Seite, manchmal auf beiden Seiten und symmetrisch. Diese Art von specifischem Hygrome ist an und für sich gutartig und besteht nicht lange Zeit, resorbirt sich immer leicht und rasch auch ohne Behandlung, und schlimmstenfalls reicht eine innere Behandlung vollkommen aus.

Sehr verschieden ist die zweite Art der Sehnenerkrankungen in Folge von Syphilis. Da findet man schon Erscheinungen von Acuität. Man hat eine Tendinitis vor sich oder vielmehr eine Synovitis tendinosa syph. Ihre Symptome sind: An irgend einer Sehne, entweder in der Continuität, häufiger aber in der Nähe der Insertion am Knochen findet sich eine leichte längliche Anschwellung, welche genau dem Verlaufe einer Sehne entspricht. Die Anschwellung hat einen entzündlichen Charakter, ist auch spontan schmerzhaft, schmerzt noch mehr bei Bewegung oder Betastung und macht sich schon an der Haut durch einen röthlichen Streifen kenntlich. Selten findet man Fluctuation, und man hat höchstens die Wahrnehmung eines phlegmonösen Ergusses (teigiges Anfühlen). Die Functionsstörungen sind mehr oder weniger deutlich beim Gebrauch der betreffenden Muskeln; die activen Bewegungen sind in verschiedenem Grade verhindert, erschwert, schmerzhaft; die passiven Bewegungen veranlassen gleichfalls einen lebhaften Schmerz an den Stellen des Leidens; schliesslich bemerkt man, obwohl nur ausnahmsweise, beim Auflegen der Hände auf die Geschwulst, bei Bewegungen ein leichtes Knistern, als ob man frischen Schnee zwischen den Fingern reiben würde. Diese verschiedenen Symptome kommen bei einer jeden Tendinitis vor. Soweit unterscheidet sich eine syphilitische Tendinitis durch nichts von einer vulgären. Man bemerkt mehrere

Gradunterschiede des Leidens. Gewöhnlich hat die Erkrankung einen subacuten, gutartigen und wenig schmerzhaften Charakter. Bisweilen jedoch ist sie acuter; die örtliche Entzündung ist dann sehr gesteigert, die Schmerzen sind dieselben, wie bei einem heftigen Rheumatismus und die Haut wird zwiebelroth und gewissermassen ödematös, das Glied wird in Folge des Schmerzes unbeweglich, die Functionsstörungen sind deutlich ausgeprägt. Zu diesen örtlichen Symptomen kommen dann noch bei nervösen Individuen einige Erscheinungen von kurzer Dauer, die auf eine allgemeine Reaction hindeuten, als Fieberbewegung, Appetitlosigkeit, Uebelbefinden, Schlaflosigkeit u. s. w. Der Hauptsitz des Leidens sind die Sehnen der Strecker der Zehen, die Sehnen des Biceps femoris, des Peroneus und der Strecker der Finger. Man bemerkt sie auch, aber schon seltener, an den Sehnen, welche das Kniegelenk umgeben, am Gänsefuss, an der Sehne des Supinator longus, an der Achillessehne u. s. w. Die Tendinitis syph. besteht länger als die Hydropsie, sie resorbirt sich schwieriger und langsam und verlangt neben einer Allgemeinbehandlung auch eine örtliche, welche schon durch die Schmerzen gefordert wird. Letztere besteht demnach in der Anwendung von schmerzstillenden Mitteln, Kataplasmen neben Opiaten, erweichenden Umschlägen, narcotischen Linimenten, Watta-Einwickelungen; bisweilen muss man auch den antiphlogistischen Apparat anwenden, und zwar Schröpfköpfe, welche sehr empfohlen werden, fliegende Vesicatoirs, welche nach der Meinung Einzelner die Resolution veranlassen. In 8 oder 14 Tagen wird man mit Hilfe einer solchen Therapie meistens mit dem Leiden fertig.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass die erwähnten Erkrankungen nicht immer in der geschilderten marcanten Weise auftreten, sondern oft ist das Bild so verwischt, dass sie leicht verkannt werden. Die Röthe z. B. bemerkt man nicht in allen Fällen; sei es, dass die Entzündung nur einen mittleren Grad hat, oder dass die über den afficirten Sehnen liegenden Gewebsschichten eine beträchtliche Dicke haben. Auch die Anschwellung ist nicht immer deutlich dem Laufe einer Sehne entsprechend; sie kann geringer oder diffus oder mit collateralem Oedeme complicirt und durch dasselbe maskirt sein. Ferner kann die geringe Quantität des in die Sehnenscheide Ergossenen die Ursache sein, weshalb man das Leiden nicht genau diagnosticiren kann, weil dadurch eine kaum merkbare Fluctuation veranlasst wird, und die Symptome reduciren sich nur auf eine entzündliche, der leidenden Stelle entspre-

chende Resistenz, welche nichts Specifisches an sich hat. Endlich kann es geschehen, dass die Erscheinungen anderer Erkrankungen das ohnehin nicht deutlich ausgeprägte Leiden vollends verdecken. So kann z. B. gleichzeitig ein Gelenksleiden bestehen und die vorhandenen Erscheinungen, auch die der vielleicht nebenbei aufgetretenen Entzündung der benachbarten Sehnen, werden auf ersteres bezogen; oder es kann eine Periostitis des Knochens, an welchen sich die Sehne inserirt, gleichzeitig vorhanden sein und der Tendinitis dasselbe Schicksal bereiten. Diese Fälle sind nicht selten, und man muss von der Möglichkeit ihres Vorkommens unterrichtet sein. Es bleibt für die Diagnose der Sehnerkrankungen kein anderes beachtenswerthes Symptom als der Schmerz und die Functionsstörungen, und auch dann sind noch Verwechslungen mit Rheumatismus, Myosalgie u. s. w. möglich. Um denselben auszuweichen, richte man auch bei der Untersuchung sein Augenmerk darauf, ob der Schmerz auf einer circumscripten Stelle sich findet, ob diese Stelle nicht dem Verlaufe einer Sehne entspricht, ob sie auf Druck besonders schmerzhaft ist, während die Nachbarschaft vollkommen schmerzlos ist, und ob auch endlich Schmerz durch active und passive Bewegung, bei welchem letzteren Anlasse die Sehnen gezerrt oder gedrückt werden, empfunden wird. Wenn man auf diese Weise die Tendinitis sucht, wird man ihre Diagnose leicht machen können; vorausgesetzt, dass man sich eine Analyse des anatomischen Sitzes und eine sorgfältige Untersuchung der Functionsstörungen angelegen sein lässt. Man wird dann finden, dass die Schmerzen in den Knieen, Knöcheln, Füßen, Schultern, Ellbogen, Fäusten, Fingern etc., über welche die Syphilitischen so häufig klagen, sehr oft auf Erkrankungen der Sehnenscheiden zurückzuführen sind. Man wird dann finden, dass z. B. Schmerzen in den Knieen durch Erkrankung der grossen Strecksehne des Unterschenkels oder der Sehnen, welche den Gänsefuss zusammensetzen, oder der Sehnen des Biceps in der Gegend des Köpfchens des Wadenbeines, manchmal auch der Sehnen des Semimembranosus veranlasst sind. Ferner wird man finden, dass die Schmerzen in den Knöcheln oder der Füße von der Erkrankung der Sehnen des Streckers der Zehen, des Extens. hal. long., der Peronei hervorgerufen werden; es wird sich ergeben, dass die Schmerzen der Faust durch die Erkrankung der Strecker der Finger bedingt sind. Man wird endlich constatiren können, dass die Schmerzen des Ellbogens, besonders der Ellbogenbeuge, durch die Erkrankung der Sehne des Biceps veranlasst werden. Besonders die letztere Erkrankung

kommt bei Syphilitischen nicht selten vor. Die Kranken können dann den Vorderarm dem Oberarme nicht nähern. Wird in solchen Fällen das Ende der Biceps-Sehne gedrückt, so entsteht ein heftiger Schmerz, während die benachbarten Stellen vollkommen unempfindlich gegen Druck sind, und Bewegungen werden an derselben Stelle Schmerz hervorrufen, an welcher durch Druck Schmerz entstanden ist.

§ 95. Die Muskeln sind oft in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen in verschiedener Weise erkrankt. Man beobachtet: 1. Myosalgien; 2. musculäre Contracturen; 3. Muskelschwäche; 4. Atrophie; 5. Zittern.

1. Syph. Muskelschmerzen. Sie haben als einziges Symptom den Schmerz. Dazu gesellt sich ein geringer Grad von Unfähigkeit, den Muskel wegen des Schmerzes zu gebrauchen; die eigentliche Beweglichkeit leidet nicht. Die Muskelschmerzen in der Periode der syphilitischen Frühformen ergreifen das Muskelfleisch; selten befallen sie einen ganzen Muskel, fast immer einen Theil seines Verlaufes in einem Umfange von mehreren Centimetern. Dieser Schmerz äussert sich bei einer jeden Bewegung, aber auch in der Ruhe ist von Zeit zu Zeit Schmerz vorhanden, wahrscheinlich in Folge von kaum wahrnehmbaren Stellungs- oder Lageveränderungen, oder in Folge von unwillkürlichen Muskelcontractionen, oder aus sonst irgend einer unbekannten Ursache. Durch Druck, ja selbst durch einfache Betastung werden die Schmerzen gesteigert und dadurch wird es dem Arzte möglich, den Sitz und die Ausdehnung der erkrankten Stelle genau anzugeben. In der Ruhe haben die Schmerzen einen gewissen dumpfen Charakter, bei Bewegung werden sie heftig und reisend; endlich bemerkt man an ihnen deutliche Exacerbationen. In anderen Fällen wieder sind sie des Morgens beim Erwachen, so lange also der Muskel noch nicht viel functionirt durch einige Zeit lebhafter, als zu anderen Tageszeiten.

Die am häufigsten ergriffenen Muskeln sind: die Muskelmassen der Hinterbacken und der unteren Extremität überhaupt. In der Gegend des Triceps femoris und in der Wade findet man die Kranken gegen Betastung empfindlich, und so unbedeutend auch die Heftigkeit der Schmerzen sein mag, sie zwingt doch die Patienten, im Bette zu bleiben, denn Gehen und Stehen sind fast gleichmässig unmöglich. Ferner zeigen sich häufig die Muskeln der Schultern ergriffen; die Kranken sind dann am Aufheben der Arme gehindert; drückt man in solchen Fällen den Deltoideus, so empfinden die Patienten einen leb-

haften Schmerz. — Ebenso erkrankten die Muskeln des Vorderarmes, besonders die Beuger; infolge dessen ist es den von diesem Leiden Befallenen nicht möglich, die Finger zu beugen; sie werden ungeschickt, können mit den Händen nichts drücken, nichts umklammern, können z. B. nicht nähen u. s. w. — Auch die Muskeln des Nacken-Antheiles des Cucularis sind demselben Uebel unterworfen; in solchen Fällen können die Betreffenden manche Bewegungen des Kopfes nicht ausführen, und bemerkt man förmliche Torticolis. — Zu den nicht selten erkrankten gehören auch die Muskeln der Hüfte. Es kommt dann zur Entwicklung einer wahren Lumbago syphilitica. Bisweilen findet man nur eine der erwähnten Muskelgruppen ergriffen, manchmal mehrere, mitunter alle; und zwar alle in gleichem oder verschiedenem Grade; und dann gesellen sich noch zu diesen Muskelerkrankungen hie und da die bereits erwähnten Erkrankungen in den Gelenken, den Sehnen und dem Periost. In Anbetracht dessen, dass diese Erkrankungen alle durch dieselbe Diathese bedingt sind und derselben Periode der Diathese angehören, wird ihr combinirtes Vorkommen nicht Wunder nehmen.

Der Grad der Schmerzhaftigkeit ist ein verschiedener. Bisweilen findet man eine solche Schmerzhaftigkeit, wie beim heftigsten Muskelrheumatismus; in anderen Fällen nur eine gewisse Steifheit, welche in der Ruhe kaum bemerkt wird, aber bei Bewegungen sehr auffällig ist.

Dauer und Entwicklung der Myosalgia syphilitica sind sehr verschieden. Bisweilen besteht sie einige Tage; manchmal verschwindet sie erst nach Wochen, oder sie verschwindet nur, um wiederzukehren, denn Recidiven derselben sind sehr häufig. — Es ist glücklicherweise sehr leicht, die Kranken von diesem Zustande zu befreien, und zwar vermittelt einer internen Behandlung, welche von örtlichen Mitteln unterstützt wird, als von narcotischen Linimenten, Chloroform-Einreibungen, Sinapismen, Bepinselungen mit Collodium. Auch fliegende Vesicantien werden gelobt; Dampf bäder werden die Cur wesentlich unterstützen.

2. Die Muskel-Contractur, in Folge von Syphilis, ist ziemlich selten. Sie ergreift fast immer den Biceps brachii, so dass die Kranken den Vorderarm in unveränderter Beugung gegen den Oberarm halten. Selbst wenn man den Schmerz des Kranken nicht scheuen würde, ist die Beugung doch nicht durch den Versuch gewaltsamer Streckung aufzuheben. Der Grund dieses Zustandes kann

nur durch eine sorgfältige Untersuchung und durch Ausschliessen anderer Ursachen erforscht werden. Man muss neben diesem Zustande das Ellbogengelenk vollkommen intact finden, keine Anschwellung, keinen Schmerz im Gelenke, keine Erkrankung des Knochens, keine Erkrankung der andern Muskeln wahrnehmen können, wenn man die Behauptung aufstellt, dass die Contractur des Biceps brachii die Ursache des vorhandenen Zustandes ist. Es ist dann in diesem Muskel keine Anschwellung, keine allgemeine oder umschriebene Härte zu bemerken. Er ist gegen Druck vielleicht etwas empfindlich, und auch das nicht immer. Wie es kommt, dass Syphilis diese Contractur veranlasst, ist vollkommen unbekannt.

3. Die Muskelschwäche in Folge von Syphilis.

Während der Periode der Frühformen, namentlich in der ersten Zeit derselben, kommt es sehr häufig vor, dass die Muskelkraft in mehr oder weniger auffälliger Weise abnimmt. Die Kranken werden sich dieses Zustandes bewusst, indem sie zu ihren gewöhnlichen Arbeiten nicht so fähig sind, wie sonst.

Wenn dieser Zustand sehr ausgeprägt ist, kann ihn der Arzt leicht erkennen. Man braucht sich nur von dem Patienten mit aller ihm zu Gebote stehenden Stärke die Hand drücken zu lassen; und man wird sofort erkennen, dass diese Kraftentfaltung mit dem Habitus des Individuums, welches man vor sich hat, nicht im Einklange steht. Aber eine exacte Beurtheilung wird erst möglich, wenn man das Dynamometer anwendet. Dieses Instrument zeigt ein allmähliges, dem Grade der Krankheit entsprechendes Sinken der Kräfte, welches dann wieder einem Steigen Platz macht, wenn der pathologische Zustand in den normalen übergeht. Die Untersuchungen mit dem Dynamometer haben gezeigt, dass wohl in einer grossen Anzahl von Fällen syphilitischer Diathese die Abnahme der Kräfte keine erhebliche ist, aber in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle kann sie denn doch mit genanntem Instrumente ziffermässig nachgewiesen werden. Der mittlere Grad des Kräfteverlustes solcher Kranken fällt gewöhnlich mit Anaemie, Mattigkeit, Abmagerung, kurz mit jenem Zustande des Allgemeinbefindens, den man als syphilitische Chlorose bezeichnet, zusammen. Der stärkste Grad hingegen ist ähnlich dem Kräftezustande, welchen man bei Reconvalescenten nach schweren acuten Krankheiten bemerkt, oder bei chronischen Krankheiten, die den Organismus entkräften.

Diese beträchtliche Einbusse an Muskelkraft bemerkt man fast ausschliesslich: erstens an jungen, erregbaren, nervösen Weibern, deren Organismus durch die Diathese bedeutend erschüttert worden ist; ferner in jenen Fällen, wo die Functionen des Splanchnicus durch Syphilis alterirt wurden und wo sich jener Zustand entwickelt, der schon früher erörtert und als Asthenie bei Syphilis bezeichnet wurde. Es ist das ein Beweis, dass sich die Syphilis in der Periode der Frühformen nicht, wie man ehemals glaubte, auf die oberflächlich gelegenen Gewebe beschränkt, sondern dass sie schon von Anbeginn den ganzen Organismus des befallenen Individuums ergreift. Diese Schwächung des Körpers ist meistens nur zeitweilig, sie dauert kürzer oder länger, je nach der Constitution, der angewendeten Hygiene, der Intensität der Krankheit, der mehr oder weniger zweckmässigen Behandlung. Schliesslich macht sie allmählig dem normalen Zustande Platz. In der Mehrzahl der Fälle hat sich der Organismus schon in wenigen Monaten erholt und diese Erholung geschieht in einer raschen und vollständigen Weise. Mitunter jedoch erfolgt sie langsam, bedarf eines oder mehrerer Jahre, kann manchmal für die Dauer unvollständig bleiben. Der letzte Grund auch dieses Zustandes ist in vollkommenes Dunkel gehüllt.

4. Die Muskelabmagerung in Folge von Syphilis ist eine ebenso häufige Erscheinung, wie dergleichen in Folge mancher acuten oder chronischen Krankheiten beobachtet wird. Die weitere Consequenz ist natürlich eine entsprechende Schwäche des Muskels.

Dieser Zustand ist verschieden von dem im Vorhergehenden geschilderten, wo Muskelschwäche ohne Abmagerung stattgefunden hat. Kommt es aber zur Abmagerung, dann ist Schwäche jedesmal die nothwendige Folge. Dieses Leiden ist bei Weibern nicht selten, namentlich wenn sie jung, zart, von lymphatischer Constitution, nervös sind; wenn ihr Organismus durch Syphilis depressiven und denutritiven Einflüssen ausgesetzt ward. Das Hauptsymptom dieses Zustandes besteht in der Abnahme der Muskelmasse und entsprechender Abnahme der Kräfte; gleichzeitig tritt auch ein merklicher Verlust des subcutanen Fettes auf. — Man findet verschiedene Grade: einen leichten, kaum bemerkbaren, einen stärkeren, der schon dem Kranken auffällt, vom Arzte aber nur an solchen Individuen diagnosticirt werden kann, die er vor dem Auftreten des Leidens im bezüglichen Punkte genau gekannt hat. Das Muskelfleisch ist weich, schlaff, einzelne Muskelvorsprünge sind abgeflacht, dies bemerkt man

besonders an den Waden, an den Schultern, den Hinterbacken, am Oberarm, Vorderarm, wo sich die Abnahme oft sehr auffallend gestaltet. Ferner gibt es noch einen äussersten Grad dieses Leidens, wo man es nicht mehr mit einer Abmagerung zu thun hat, sondern schon mit Marasmus, mit Muskelschwund. Das ist dann die *Cachexia syphilitica*, bei welcher Stamm und Extremitäten nahezu fleischlos erscheinen. Die Muskeln sind in solchen Fällen zart, klein, heben sich von der Umgebung nicht ab, und die Obduction zeigt auch wirklich eine bedeutende Abnahme.

5. Das Zittern in Folge von Syphilis ist während der Periode der Frühformen ziemlich selten und hat nichts mit jenem Zittern gemein, das man in einer sehr vorgeschrittenen Periode der Diathese, während der Periode der Spätformen, wahrnimmt, und welches seinen Grund in pathologischen Producten hat, die jener Epoche angehören und die im Central-Nervensystem sitzen. Diese letztere Affection ist sehr schwer und ist gleichzeitig mit Paralysen, Störungen in der Intelligenz und verschiedenen anderen Gehirnerscheinungen vorhanden. Das Zittern während der Periode der Frühformen hingegen tritt ganz für sich allein auf. Es associiren sich ihm nicht die oben erwähnten Symptome und man kann auch nicht behaupten, dass eine Desorganisation des Gehirnes oder des Rückenmarkes ihm zu Grunde liege. Es ist eine einfache, isolirte, auf eine gewisse Zeit beschränkte, folglich gutartige Erkrankung. Dieses Zittern kann sogar ziemlich zeitlich in jener letzterwähnten Periode sich zeigen und findet sich namentlich bei Weibern.

Das Leiden besteht in einer convulsivischen Bewegung gewisser Körpertheile in Form rasch aufeinander folgender Stösse, welche von der abwechselnden Zusammenziehung und Erschlaffung der Muskeln herrühren. Es tritt plötzlich, ohne Prodromal-Symptome, über Nacht auf und wird zumeist und zuerst an den Händen beobachtet. Es ist immer auf eine Muskelgruppe beschränkt, erstreckt sich nie auf den Stamm, oder ergreift auch nie den Kopf. Häufig ist es einseitig. Es hat verschiedene Grade der Intensität, manchmal sind die Stösse so rasch und so klein, dass man genau aufmerken muss, um sie wahrzunehmen. Manchmal erfolgen die Stösse in grösseren Excursionen, in längeren Pausen und werden dadurch deutlicher ersichtlich. Sie haben dann Aehnlichkeit mit dem Zittern beim Alcoholismus oder beim Erschrecken. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es eine

Menge Abstufungen. Am besten nimmt man das Zittern wahr, wenn man die Hand auf die zu untersuchende Muskelmasse auflegt, bei welcher Gelegenheit ein fibrilläres Zucken beobachtet wird. In einzelnen Fällen ist dieses Zittern rhythmisch, in anderen unregelmässig; die einzelnen Stösse haben ungleiche Elongationen und die Pausen zwischen jenen sind verschieden. Mit dem Sphygmographen kann man die Intensität und den Rhythmus der Stösse zu Papier bringen. Man findet da ein rhythmisches Muskelzucken mit kurzen Stössen und langen Pausen, oder mit langen Stössen und kurzen Pausen, dann mit Stössen, die ebenso lange dauern wie die Pausen. Es gibt ferner Zuckungen, bei welchen die aufeinanderfolgenden Stösse verschiedene Elongationen haben, und die zwischen denselben eingeschalteten Pausen eine verschiedene Dauer; endlich gibt es noch Stösse, welche sehr rasch aufeinander folgen und bedeutende Elongationen besitzen u. s. w.

Das hier in Rede stehende Leiden ist in den meisten Fällen unregelmässig und intermittirend. Es zeigt sich anfallsweise. Die Anfälle, welche bisweilen einer Gelegenheitsursache, z. B. einer geistigen Aufregung, einem Wechsel in der Lage oder in der Stellung, einer Bewegung, der Arbeit u. s. w. ihre Veranlassung verdanken, treten meist spontan auf. Sie sind an keine fixe Zeit gebunden und werden in den verschiedensten Abschnitten des Tages beobachtet; bisweilen setzen sie einige Tage aus u. s. w. Die Dauer dieser Anfälle ist bei den verschiedenen Individuen und untereinander verschieden. Manchmal dauern sie nur einige Minuten, manchmal ganze Tage. Im Schlafe hören sie auf. Mitunter, wenn sie ganze Tage dauern, zeigen sie unregelmässige Remissionen und Exacerbationen. Auch die Dauer des Bestehens dieses Leidens überhaupt ist bei den Kranken verschieden, überschreitet aber selten 14 Tage, macht häufig Pausen von 8 bis 10 Tagen und recidivirt dann. Der Einfluss auf die Kranken ist ungleich. Ist der Zustand ein leichter, so achten sie seiner gar nicht, und er kann auch dem Arzte entgehen; hat er eine mittlere Intensität, so beeinträchtigt er einige Hantirungen, z. B. das Nähen; wird er intensiver, so entsteht vorübergehende Unsicherheit in den Bewegungen, so dass die Kranken z. B. keinen Löffel zum Mund führen können, ohne seinen Inhalt zu verschütten. Dieser Zustand wird noch bedeutend verschlimmert durch ziemlich andauernde Muskelkrämpfe, welche neben dem Zittern die Präcision der Bewegungen bedeutend beeinträchtigen.

Der Grund dieses Leidens ist vollkommen unbekannt, nur vermuthen lässt sich, dass der Muskel hier als Vermittler von Erscheinungen fungirt, deren Ursachen in den Nervencentren ihren Sitz haben. Zu dieser Annahme wird man gedrängt, wenn man berücksichtigt, dass das syphilitische Zittern gewöhnlich neben anderen Störungen im Cerebrospinal-System, neben Neuralgien, neuralgieähnlichen Schmerzen, Analgesieen, periferischer Kälte, Schweiss, Fieber, Herzklopfen, hysterischen Anfällen u. s. w. beobachtet wird; ferner, wenn man bedenkt, dass es oft psychische Einflüsse sind, welche diesen Zustand veranlassen, oder wenn er aufgehört hat, wieder aufleben machen, dass er sich besonders bei Individuen mit einem durch die Syphilis erschütterten Nervensysteme findet. Es ist aber nothwendig, wenn man das im Vorhergehenden geschilderte Symptom auf Syphilis bezieht, sich immer vor Augen zu halten, dass man in der Lage sein muss, jede andere Ursache, die es hervorzurufen im Stande wäre, wie Alcoholismus, Mercurialismus, Bleivergiftung, Vergiftung mit anderen Substanzen, individuelle oder häreditäre Anlage, nervöse Veränderungen aus anderen Gründen, als: durch Gemütherschütterung, Excesse, Onanie, Hysterie u. s. w. ganz sicher ausschliessen zu können.

Eines ist noch zu erwähnen: Man könnte die Einwendung machen, dass es sich vielleicht in den dieser Erörterung zu Grunde liegenden Fällen um Mercurialzittern gehandelt haben könne. Darauf lässt sich erwidern: 1. Das Mercurialzittern ist eine Erscheinung, welche verlangt, dass das Quecksilber lange Zeit und nachdrücklich auf den Organismus eingewirkt habe, in einer Art, wie es durch die heutzutage übliche Anwendungsweise des Mercur zu therapeutischen Zwecken gar nicht möglich ist; 2. lässt sich entgegen, dass das Quecksilber das Zittern der Syphilitischen heilt; 3. bemerkt man dieses Zittern auch bei Syphilitischen, die nie ein Atom Quecksilber genommen haben.

Die verschiedenen Erkrankungen, welche im Vorhergehenden geschildert worden sind, können vereinzelt vorkommen, oder sich in mannigfacher Weise combiniren. Hiedurch gewinnt es manchmal den Anschein, als ob der Patient an einem ganz gewöhnlichen Rheumatismus litte. Dieser Schein wächst noch durch das gleichzeitige Auftreten anderer Symptome, die mit den Erkrankungen im Bewegungs-Apparate nicht zusammenhängen, als: durch gleichzeitig vorhandenes Fieber, welches eine relativ häufig durch die Syphilis hervorgerufene Erscheinung ist; durch gleichzeitig stärkere Schweisssecretion, welche

gleichfalls die Diathese in Folge ihres Einflusses auf das Nervensystem veranlassen kann, und die beide anderseits beim Rheumatismus so gewöhnlich sind. Endlich können zu gleicher Zeit anderweitige luetische Störungen im Allgemeinbefinden auftreten, als: Appetitlosigkeit, Saburralzustände der Zunge, Trägheit in der Verdauung, Anämie, Abgeschlagenheit; verschiedene Nervenerscheinungen, als: Schlaflosigkeit, Kopfschmerz u. s. w. Fournier spricht deshalb auch von einem Pseudorheumatismus syphiliticus. Die Kenntniss der Möglichkeit des Vorhandenseins dieses Zustandes ist wegen Wahl einer zweckmässigen Therapie von grösster Wichtigkeit.

Es gibt ferner Erkrankungen in dem Bewegungsapparate in Folge von Syphilis, welche nicht wie die bisher erörterten in Bezug auf Sitz und Beschaffenheit genau zu definiren sind. Sie sind zu wenig deutlich ausgeprägt, um sie den früher besprochenen anzureihen; deshalb soll von ihnen jetzt apart gesprochen werden.

Hieher gehört die Abgeschlagenheit, welche in Folge der Dyscrasie zuweilen an den Kranken bemerkt wird. Es ist ein Zustand von allgemeiner Mattigkeit, welcher entweder gleich beim Beginne oder beim späteren Auftreten von syphilitischen Exanthemen von den Kranken empfunden wird. Den Sitz der durch die Diathese veranlassten pathologischen Veränderung, welche diesen Zustand verursacht, anzugeben, ist nach den gegenwärtigen Kenntnissen nicht möglich. Wir wissen ja auch nicht, wo die Ursache der im gewöhnlichen Leben auftretenden Müdigkeit zu suchen ist. Ebenso unbestimmt in Bezug auf den Sitz sind gewisse Schmerzen während der Periode der Frühformen, welche die Patienten an verschiedenen Stellen des Körpers, an den Gliedern, den Füßen, dem Thorax, Abdomen empfinden. Es gelingt auch mit der äussersten Mühe nicht, durch das sorgfältigste Befragen der Kranken, da sie es oft selbst nicht wissen, herauszubringen, wo denn eigentlich diese Schmerzen sitzen.

An die bisher erwähnten Phänomene reiht sich noch das zur Nachtzeit auftretende Einschlafen der Extremitäten, so dass die Betreffenden des Morgens wie mit tauben Gliedern aufstehen. Im Verlaufe des Tages nimmt dieser Zustand allmählig ab, so wie die Leidenden eben die Extremitäten gebrauchen, und nach einiger Zeit des Wachseins ist er ganz geschwunden. Auch der Sitz des näheren Causalmomentes dieses Zustandes ist ganz unbekannt. Ebenso ist der Grund der abendlichen oder nächtlichen Paroxysmen der syphilitischen

Schmerzen, sowie überhaupt der nächtlichen Exacerbationen vieler syphilitischer Erscheinungen in Dunkel gehüllt. Man hat ehemals mit Unrecht sehr viel Gewicht auf diese Eigenthümlichkeit gelegt, denn, während es einerseits viele andere mit der Diathese nicht zusammenhängende Zustände gibt, die abendlichen Exacerbationen unterworfen sind, kommen andererseits wieder syphilitische Phänomene zur Beobachtung, welche bei Tag heftiger oder bei Tag und Nacht gleich heftig sind, oder die sogar während des Schlafes, also während der Nachtruhe ganz schwinden. Doch ist nicht zu läugnen, dass bei der Mehrzahl der Erscheinungen, welche die Dyscrasie hervorruft, diese charakteristischen, nächtlichen Exacerbationen wahrgenommen werden. Man hat dieselben mit Unrecht der Bettwärme zugeschrieben; denn sie befallen auch die Kranken zu einer Zeit, wo sie noch nicht im Bette sind, und sie wurden schliesslich auch bei Leuten beobachtet, welche zur Nachtzeit arbeiten, also Nachts gar nicht ins Bett kommen. Es muss demnach ganz gewiss eine andere Ursache diesen Erscheinungen zu Grunde liegen. Sicher ist dieser Grund ein specifischer, aber er ist, wie gesagt, vollkommen unbekannt.

VI. CAPITEL.

Erkrankungen des Nervensystems während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 96. Die Erkrankungen des Nervensystems, welche die Syphilis während der Periode der Frühformen veranlasst, treten beim Weibe viel häufiger auf, als beim Manne, und sind auch bei ersterem viel intensiver und mannigfaltiger, als bei letzterem; doch wäre es ein Irrthum, zu glauben, dass sie bei allen mit Syphilis behafteten Weibern sich zeigen. Besonders aber beobachtet man sie bei jenen Weibern nicht oder seltener, welche durch Habitus und Temperament sich mehr dem Typus des Mannes nähern. In vielen Fällen jedoch können wir den Grund nicht angeben, warum das Nervensystem des einen Weibes in Folge der Diathese mehr ergriffen ist, als das eines anderen.

Dabei sind es nicht einzelne Theile des Centralnervensystems, welche krankhaft afficirt werden, sondern das ganze Nervensystem; die Mittelpunkte, sowie die peripheren Ausläufer scheinen in eine Art Erregung versetzt zu sein, welche bisweilen kaum merklich, wie ein Funke unter der Asche glimmt und nur der geringsten Gelegenheitsursache bedarf, um zur Flamme zu werden. Durch diese Erregung (*Nervosisme secondaire* von Fournier genannt) werden nicht bloss mannigfaltige neue, der Syphilis direct zuzuschreibende Nervenerscheinungen am Kranken hervorgerufen, sondern alte, längst vergessene Neurosen leben wieder auf, oder bestehende prägen sich schärfer aus, oder solche, welche im Laufe der Zeit schwächer geworden waren, gewinnen an Intensität, oder schliesslich solche, zu denen nur die Anlage vorhanden war, entwickeln sich durch den Einfluss der Syphilis.

Dabei muss hervorgehoben werden, dass dieser Einfluss der Diathese nur während der Periode der Frühformen ihr zukommt; später hat sie diesen zu schildernden Einfluss nicht (und die Nervenerscheinungen während der Periode der Spätformen sind durch direct abgelagerte, im Leben oder nach dem Tode palpable Producte, durch deutlich nachweisbare Veränderungen bedingt).

Die Nervenerscheinungen während der Periode der Frühformen zerfallen in 2 Gruppen, in häufigere und seltenere, oder nur in Ausnahmefällen sich zeigende.

Zu den ersteren gehören:

1. Kopfschmerz, die gewöhnlichste der hier zu schildernden Nervenerscheinungen; 2. Störungen des Schlafes; 3. nervöse Schwäche; 4. neuralgieähnliche oder neuralgische Schmerzen; 5. Störungen der Sensibilität, darunter besonders häufig Analgesie. Sie kommen entweder isolirt oder untereinander combinirt vor.

§ 97. Der Kopfschmerz, welcher hier abgehandelt wird, ist verschieden von dem im Vorigen erwähnten, durch Erkrankung der Hirnschale und ihrer fibrösen Aussenhüllen veranlassten und verschieden von dem neuralgischen Kopfschmerze, der später erörtert werden soll, und in der Erkrankung von Gehirnnerven seinen Grund hat. Denn während diese beiden der Natur ihrer Entstehungsursache nach entweder auf einen Theil des Kopfes, welcher der erkrankten Knochenpartie oder dem Verlaufe eines leidenden Nerven entspricht, begrenzt sind, ist jener allgemein und scheint mehr in der Tiefe seinen Sitz zu haben, durch die Meningen oder das Cerebrum bedingt zu sein. Man muss sagen „scheint“, weil ausser der Art des Schmerzes und einem negativen Befunde bei der Untersuchung sonst kein Zeichen für diesen tiefen Sitz spricht.

Die Kranken klagen nämlich über einen verbreiteten, oft allgemeinen, häufig aber an einzelnen Stellen: Stirn, Schläfen, Hinterhaupt besonders merkbaren Schmerz von verschiedener Intensität, der als Druck, Reißen, betäubende Schwere, Hämmern etc. geschildert wird. — Sind die Patienten in leichterem Grade von Schmerz befallen, so beschweren sie sich wohl über Eingenommenheit des Kopfes, können aber dabei ihren Beschäftigungen nachgehen und schlafen. — Ist der Schmerz heftiger, dann wird er einem Anfalle von Migraine verglichen, stört vollständig die Arbeit, besonders die geistige, und den Schlaf. — Wird er noch heftiger, dann müssen die Kranken ins Bett, sind zu jeder

Arbeit unfähig, finden weder Rast noch Ruhe, werden ordentlich wie betäubt. — Dann gibt es noch einen, glücklicherweise selten vorkommenden und zwar den höchsten Grad des Schmerzes. Dieser Zustand ist Entsetzen erregend. Die Kranken toben vor Schmerz, pressen das Haupt zwischen ihre Hände, werfen sich im Bette herum, springen aus demselben heraus und wälzen sich auf dem Boden, achten nicht auf ihre Umgebung, antworten kaum auf Fragen, und das ganze Bild hat Aehnlichkeit mit den hochgradigsten Paroxysmen der Gallenstein- oder Nierensteinkolik.

Es ist begreiflich, dass ein derartiger Zustand nicht ohne Einfluss auf andere Functionen des Organismus bleibt. Der Appetit vermindert sich oder erlischt ganz; das ist übrigens nichts Auffälliges, denn es kommt dies ja bei jedem schweren Leiden vor. Aber die Verdauung wird träge, die Stuhlabsetzung wird selten und mühevoll, das Nervensystem wird excitirt. Noch mehr aber leidet die Intelligenz. Die Kranken werden traurig, auch in der schmerzfreien Zeit, niedergedrückt. Sie büssen ihre Lebhaftigkeit im Denken und Handeln ein, werden bei längerer Dauer des Leidens unfähig zu jeder Arbeit, welche geistiger Anstrengung bedarf, und versehen ihre täglichen Verrichtungen nur in Folge der Macht der Gewohnheit — wie automatisch. Dazu gesellen sich dann Zustände von Betäubung und Schwindel. Nicht selten treten auch Sehstörungen hinzu, ohne dass man mit dem Augenspiegel die geringste krankhafte Veränderung in den Medien und Häuten des Auges nachweisen kann. Die Kranken klagen in solchen Fällen über Nebel vor den Augen. — Endlich beobachtet man auch eine Art von Delirium. Die Patienten sprechen zusammenhanglose Worte oder sprechen etwas Unmotivirtes, begehen auch unmotivirte Handlungen und haben von Beidem kein Bewusstsein. — Ja bis dahin kann sich der Schmerz steigern, dass er zu Selbstmordversuchen führt. Er tritt entweder intermittirend oder continuirlich mit besonders abendlichen oder nächtlichen Exacerbationen auf; sehr selten wird er Nachts oder während des Schlafes mässiger. Ist er intermittirend, so fallen die Remissionen gewöhnlich auf die Tageszeit und man beobachtet eine förmliche Periodicität. — Das Leiden dauert in verschiedenen Fällen verschiedenen lange Zeit: einige Tage, (besonders bei zweckmässiger Behandlung), manchmal einige Wochen oder gar eine ungemessen lange Zeit, wird dann für Migräne oder Neuralgie gehalten und ist häufigen Recidiven unterworfen.

Glücklicherweise ist es den Einflüssen der Therapie sehr zugänglich. Das Hauptmittel dagegen ist Quecksilber, der Erfolg desselben ein rascher; das Gegentheil findet man nur in Ausnahmefällen. Jodkali dagegen ist weniger wirksam. Es kann das Quecksilber in den hieher gehörigen Fällen unterstützen, aber nicht ersetzen; mit dem Mercur vereint ist es besonders in den hochgradigen Fällen sehr effectvoll. Viele Aerzte wiederum geben bei den im Vorigen abgehandelten Fällen grossen Dosen Jodkali den Vorzug vor allen anderen Medicamenten.

§ 98. Schlaflosigkeit in Folge von Syphilis tritt in einer ziemlich vorgerückten Zeit der Periode der Frühformen als symptomatische oder idiopathische auf. Die erstere bedarf nicht weiterer Erörterung; sie wird durch die nächtlichen Exacerbationen des Schmerzes, wenn er syphilitische Symptome begleitet, hinreichend erklärt. Die idiopathische Schlaflosigkeit ist deshalb merkwürdig, weil der Kranke, ohne dass man einen Grund hiefür angeben könnte, die Nächte wachend verbringt. Erst gegen Morgen stellt sich in Folge von Erschöpfung ein kurzer, unterbrochener Schlummer, ein Halbschlaf ein, aus welchem der Patient weniger ausgeruht, als er beim Niederlegen Abends vorher war, erwacht.

Nervöse syph. Asthenie. Mit diesem Namen ist eine Gruppe von Erscheinungen, welche der Nervensphäre angehören, zu bezeichnen, die in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen auftreten und die schon in einem vorausgegangenen Abschnitte erwähnt wurden, sowie auch daselbst begründet ward, dass diese Erscheinungen nur durch eine tiefgreifende Erschütterung des Gesamtnervensystems erklärt werden können. Das Wesen dieser durch die Syphilis gesetzten Erkrankung des Nervensystems, die wir nur durch ihre Folgezustände — jene Erscheinungen — wahrnehmen, ist bis heute in Dunkel gehüllt. Wir finden dieselben Symptome bei chronischen Ernährungsstörungen, bei häufig wiederkehrenden Haemorrhagien, bei bedeutenden moralischen Erschütterungen, bei Chlorose, Anaemie, kurz bei allen jenen Zuständen, welche Verarmung der Oeconomie des Körpers veranlassen, und führen sie auch bei diesen Zuständen auf ein tiefes Ergriffensein des Cerebrospinal-Nervensystems zurück. Es muss jedoch bemerkt werden, dass nicht bei allen Syphilitischen alle die an anderem Orte aufgezählten diesbezüglichen Symptome und auch nicht immer in gleicher Intensität beobachtet werden.

Neuralgieähnliche Schmerzen und Neuralgien, besonders erstere, finden sich in Folge von Syphilis nicht selten. Die Schmerzen, über welche die Syphilitischen klagen, sind häufig ziemlich vag, nicht so wie gewöhnliche Neuralgien an den Verlauf gewisser Nerven gebunden, betreffen meist den Kopf und folgen mehr oder weniger deutlich den Verästelungen des Trigeminus, der rami auriculares und mastoidei, des Plexus cervicalis und des nervus occipitalis. Am häufigsten bemerkt man einen der Gesichtsneuralgie ähnlichen Zustand, welcher, wenn er auf die obersten Verästelungen des Quintus zurückzuführen ist, zur dritten Art von Kopfschmerz, die wir nun schon bei Syphilitischen kennen lernen, Veranlassung gibt. Nur ausnahmsweise werden in Folge von Syphilis die unteren Trigeminusäste ergriffen. Die neuralgia supraorbitalis ist demnach von den verschiedenen Neuralgien, welche Syphilitische betreffen, die häufigste. Viel seltener ist die Neuralgia temporalis, cervico-occipitalis, welche auch nicht so deutlich ausgeprägt sind und deshalb mehr als neuralgieähnliche Zustände, denn als wahre Neuralgien aufgefasst werden.

In der Häufigkeitsscala kommt gleich nach der Neuralgia facialis die Ischias. Sie ist nicht selten in Folge von Syphilis, scheint es aber zu sein, weil ihr wahrer Grund oft verkannt wird. Es ist selbstverständlich, dass sie, vielleicht von nächtlichen Exacerbationen abgesehen, kein anderes klinisches Bild bieten kann und wird, als die Ischias, welche auf andere Gründe zurückzuführen ist. Eine Eigenthümlichkeit der Ischias syphilitica ist jedoch hervorzuheben: dass sie nie den Nerven in seiner ganzen Ausdehnung betrifft, sondern immer nur einzelne Abschnitte desselben, den Hüfttheil oder den Schenkeltheil; selten überschreitet sie das Knie, noch seltener reicht sie bis zum Ende der Extremität.

Nach diesem Leiden kommen in der Häufigkeitsscala die Inter-costal-, Lumbo-abdominal-, Crural-Neuralgien und die Mastodynie in Folge von Syphilis. Der letztere Zustand besteht in einem Schmerze der Mamma bei Druck, ohne dass Volum und Form des Organs oder die Farbe seiner Haut eine Aenderung erfahren haben. Gewöhnlich werden beide Brüste gleichzeitig ergriffen. Das Leiden ist ziemlich hartnäckig und widersteht oft der specifischen wie der nichtspecifischen Therapie durch mehrere Wochen. Andere Neuralgien wie die Cervical- und Cervico-brachial-Neuralgie sind ziemlich selten.

Sie sind klinisch von den durch andere Veranlassungen bedingten Neuralgien nicht verschieden, bald mehr, bald weniger heftig und haben Exacerbationen, Remissionen und Recidiven nach scheinbarer Heilung, Eigenthümlichkeiten, deren Grund wir nicht kennen. — Abendliche oder nächtliche Verschlimmerungen der betreffenden Zustände sind nicht so constant, um als pathognomonisches Zeichen verwerthet werden zu können. Allen gemeinschaftlich aber ist, dass eine antisypilitische Behandlung, insbesondere mit Quecksilber, einen heilenden Einfluss auf sie ausübt. Und daran wird ihre eigentliche Natur auch oft allein zu erkennen sein, da sich häufig neben ihnen keine anderen Zeichen der Diathese finden und die Anamnese, oft mit oder ohne Willen des Kranken mangelhaft, nicht die nöthigen Anhaltspunkte für die Diagnose bietet.

Das Wesen dieser Neuralgien der Syphilitischen ist ganz unbekannt. Viele halten sie für Leiden sine materia, lediglich durch den Einfluss der Diathese hervorgerufen. Andere sind der Ansicht, sie seien nur symptomatische Zustände, und das Grundleiden bestände in einer Erkrankung der Nerven Elemente, des Neurilemma, oder Druck oder sonstige Reizung von Seite der pathologisch, in Folge von Syphilis veränderten Nachbarschaft der Nerven seien ihre Ursachen. Wahrscheinlich haben beide Parteien Recht und es wird ebenso solche Zustände rein dynamischer Natur geben, wie es Neuralgien geben wird, welche eine zweite Kategorie bilden, die immer durch eine der angeführten Alterationen veranlasst werden.

Die Störungen in der Sensibilität in Folge von Syphilis äussern sich als krankhafte Unempfindlichkeit oder wenigstens als Verminderung der Empfindlichkeit gegen die verschiedenen auf den Tastsinn wirkenden oder gegen die Schmerz erzeugenden Einflüsse oder gegen beide zugleich. Dieser Zustand ist bei Weibern während der Periode der Frühformen gar nicht selten und besteht demnach in Analgesie, Anaesthesie, auch in einer Combination beider.

Bei der einfachen Analgesie können die Temperaturen der den Körper umgebenden Medien deutlich wahrgenommen werden, ebenso wie alle sonstigen Wahrnehmungen des Tastsinnes regelmässig vor sich gehen, nur bereiten sie keinen Schmerz, selbst wenn sie von der Art sind, dass sie im Normalen Schmerz verursachen. Diese Form ist sehr häufig, selten dagegen ist die Combination von Analgesie und Anaesthesie, noch seltener aber ist Anaesthesie allein in Folge von Syphilis. Anaesthesie findet sich bekanntlich auch bei Hysterie und bei

Affectionen des Cerebrospinalsystems. Im letzteren Falle sind sich die Kranken des Zustandes bewusst, er belästigt sie und sie beklagen sich sehr darüber, während die durch Hysterie bedingte Anaesthesie den Kranken gleichgiltig ist und auch oft übersehen wird. Endlich findet man die syph. Analgesie mit durch die Diathese bedingtem Verluste des Wahrnehmungsvermögens für die Temperaturen der den Körper umgebenden Medien combinirt.

Am häufigsten von den aufgezählten Zuständen wird die Analgesie beobachtet, welche desshalb ausführlicher besprochen werden soll.

Sie findet sich in verschiedenen Graden. Bisweilen spüren die Kranken wohl die schmerzhaften Eindrücke, aber sie empfinden selbe im geringeren Grade, als im Normalen. Manchmal jedoch haben sie nicht die geringste Wahrnehmung von demselben. Man kann sie stechen und kneipen so viel man will, sie spüren es nicht. Zwischen diesen beiden Extremen finden sich dann alle möglichen Abstufungen.

Ebenso gibt es auch alle möglichen räumlichen Verschiedenheiten in Bezug auf Ausbreitung des Leidens. Bald ist der Zustand an allen Stellen des Körpers bemerkbar, bald nur an einigen. In Fällen der letzteren Art (und diese bilden die Mehrzahl) ist die Analgesie auf die Extremitäten und da wieder meist auf die oberen beschränkt. Sie findet sich an umschriebenen Stellen der Rückenfläche der Handwurzel und am Busen, vorzugsweise ferner an den Wangen und an der Streckfläche des Vorderarmes.

Sie tritt symmetrisch auf (und das gilt auch von allen anderen krankhaften Veränderungen der Sensibilität in Folge von Syphilis, während die in Folge von Hysterie meist auf eine Seite beschränkt sind). Doch erleidet diese Regel mannigfache, bezüglich ihrer Gründe unaufgeklärte Ausnahmen. Das Auftreten auf der Streckfläche der Extremitäten kommt übrigens nicht bloss der durch Syphilis, sondern auch der durch Blei-intoxication entstandenen Analgesie zu. Noch ist zu bemerken, dass die syph. Analgesie auch inselförmig auftritt.

Am interessantesten bleibt jedenfalls das Vorkommen der syph. Analgesie auf der Streckfläche der Hand und ihre bisweilen bemerkte Ausbreitung auf die Streckflächen der Finger. Wenn man einen Kranken auf das Vorhandensein dieses Symptoms untersucht, muss man immer die erwähnte Gegend prüfen, denn da vorzugsweise hochgradig entwickelt, oder da allein findet man das besprochene Symptom, und von hier

schwindet es zuletzt, wenn es an mehreren Stellen gleichzeitig aufgetreten sein sollte.

Die syphilitische Analgesie ist gewöhnlich oberflächlich und betrifft nur die Haut. Sticht man den Kranken in die Haut, so spürt er es demnach nicht, sticht man ihn tiefer in das subcutane Bindegewebe und trifft dort auf einen Nerven, so empfindet der Patient Schmerz. Darum bleiben die Kranken auch meistens, aber nicht in allen Fällen, gegen Kneipen empfindlich. Zu der durch Hysterie bedingten Analgesie oder Anaesthesia gesellt sich Hyperaesthesia gegen gewisse Eindrücke. Das ist bei Syphilis fast nie oder nur höchst selten der Fall.

Neben der syph. Analgesie der Haut zeigt sich mitunter auch eine Analgesie der Schleimhäute. Man findet Anaesthesia und besonders Analgesie auf der Backenschleimhaut, der Zunge, der schneiderischen Membran, der Conjunctiva und auf der Schleimhaut der Vulva.

Seltener schon kommen neben Analgesie Störungen der Sensibilität der Muskeln vor. Man findet nämlich mitunter, dass die Muskeln gegen Kneten unempfindlich sind, und gleichzeitig ist auch das Muskelgefühl verloren gegangen, so dass die Kranken, die mindeste Bewegung, z. B. das Strecken des Armes, bei geschlossenen Augen nicht ausführen können. Die Kranken wissen nämlich nicht, ob ihr Muskel in Thätigkeit ist oder in Ruhe, wenn sie nicht gleichzeitig den Muskel wirken sehen.

Es drängt sich natürlich die Frage auf, ob in den Fällen, deren Abstraction das Mitgetheilte ist, alle diese im Vorhergehenden geschilderten Störungen in der Nervensphäre, nicht durch eine schon vor dem Auftreten der Diathese bestandene Neurose, Hysterie, Anaemie oder durch irgend einen krankhaften Zustand, der sich zufällig zur Syphilis gesellte, bedingt waren. Aber eine genaue Prüfung der Verhältnisse hat das Gegentheil gelehrt, denn einerseits konnte man in den betreffenden Fällen die citirten Ursachen ausschliessen; andererseits hatte man folgende positive Gründe, die Syphilis als die Ursache jener Leiden anzusehen:

1. die relative Häufigkeit. Wenn die Syphilis nicht die Ursache wäre, könnte man die oben erwähnten Erkrankungen so relativ häufig nicht bei Syphilitischen sehen und es wäre ein merkwürdiges Spiel des Zufalls, dass gerade an Syphilitischen Hysterie etc. (als Ursachen der geschilderten Nervenstörungen) häufiger beobachtet worden sein sollten.

2. die constante Entwicklung dieser Erkrankungen beim Auftreten immer gleicher durch die Syphilis gesetzter Verhältnisse. Man beobachtet die abgehandelten Zustände immer während der Periode der Frühformen und nie während einer anderen Epoche des Bestehens der Diathese, meist gleichzeitig mit syphilitischen Erkrankungen der Haut, der Schleimhaut, des Drüsensystems etc. Das kann doch auch kein Werk des blossen Zufalls sein.

3. endlich den Verlauf dieser Erkrankungen, welcher ganz dem Verlaufe anderer Symptome der Syphilis während der Periode der Frühformen entspricht. Sie entstehen gleichzeitig mit diesen, vergehen mit ihnen, und Zeit und Behandlung haben auf beide denselben Einfluss. — Schliesslich wird durch die Behauptung, dass die Syphilis diese Erkrankungen bedingt, für diese Diathese kein Praerogativ verlangt, indem andere Diathesen ähnlichen Einfluss auf die Nervensphäre haben.

Die Dauer dieser Zustände ist sehr verschieden und beträgt gewöhnlich mehrere Wochen; war die Analgesie an mehreren Stellen bemerkbar oder gar allgemein, so kann sie an allen Stellen bis auf die Rückenfläche der Mittelhand rasch schwinden; an letzterer Stelle besteht sie eigenthümlicherweise, jeder Therapie hartnäckigen Widerstand leistend, oft mehrere Monate, bisweilen länger als ein Jahr.

§ 99. Die zweite Gruppe der Erkrankungen des Nervensystems, welche durch die Syphilis während der Periode der Frühformen bedingt wird, umfasst solche, die nur selten, ja man kann von einzelnen derselben sagen, nur ausnahmsweise zur Beobachtung kommen. Sie erregen schon aus dem Grunde unser Interesse, weil sie im Allgemeinen wenig bekannt sind, und sehr oft irrthümlicherweise nicht die Syphilis als der Grund ihres Erscheinens angegeben wird. Zwei Arten von Erscheinungen bilden diese Gruppe. Die eine umfasst Erkrankungen, welche Functionen des animalischen Lebens betreffen, zur andern gehören Anomalien, die an Verrichtungen des organischen Lebens beobachtet werden.

Hieher gehören nach ihrer Wichtigkeit als zuerst zu erwähnende die Paralyse, welche die Syphilis schon in einer sehr frühen Periode ihres Bestehens bedingt. Ihre Hauptkennzeichen sind, dass sie partiell auf einen ganzen Nerven oder auf einen Theil seiner Verästelung beschränkt auftreten können, und dass sie am häufigsten in einer Hemiplegia facialis, seltener in einer Paralyse des Oculomotorius, des Abducens bestehen, noch seltener sind Lähmungen

des Trochlearis oder einer Extremität u. s. w. Die Lähmungen, welche die Syphilis bedingt, haben begreiflicherweise keine anderen Symptome als Lähmungen, welche durch eine andere Ursache veranlasst werden. Alles Interesse, das wir an solchen Krankheiten haben, concentrirt sich demnach in der Specificität der Ursache des Leidens. Denn von einer Ergründung dieser hängt die Wahl einer zweckmässigen, also rasch wirkenden und geradeaus ihrem Ziele zustrebenden Therapie ab.

Die häufigste von diesen Lähmungen ist die Hemiplegia facialis. Sie tritt am frühesten auf, so dass man sie schon im vierten Monate nach stattgefundenener Infection, auch noch viel früher beobachtet hat.

Wenn diese Zustände sich selbst überlassen werden, das ist in Fällen, wo die Specificität ihres Ursprunges nicht erkannt und demgemäss auch nicht die richtige Therapie ergriffen wird, bestehen sie ziemlich lange, ein Viertel- bis ein halbes Jahr fort. Heilung ist dann nur sehr schwer zu erlangen, und es ist nicht zu entscheiden, ob diese Zustände nicht definitiv werden, wenn nicht eine entsprechende Behandlung bei Zeiten eingeleitet worden ist. Ist aber das letztere der Fall, so erfolgt immer vollständige Heilung. Doch darf man es nicht mit zu kleinen Dosen der angewendeten Mittel versuchen oder die Behandlung durch Zuwarten hinausziehen, wenn man einen günstigen Ausgang erreichen will, und man muss sich vor Allem an Quecksilber halten, welches sehr wirksam ist.

Ausnahmsweise kann die Syphilis auch Lähmungen einer ganzen Körperhälfte hervorrufen; das kann schon im sechsten Monate nach stattgefundenener Infection der Fall sein. Die Bedingungen, unter welchen dergleichen Lähmungen auftreten, lassen über die spezifische Natur derselben keinen Zweifel: 1. Sind es meist junge, in der Blüthe des Lebens stehende Individuen. 2. Findet man an ihnen keine Erkrankung des Herzens oder der Gefässe, keine häreditäre Anlage, keine durch Profession oder Lebensgewohnheiten oder eigenthümlichen Bau des Körpers bedingte Dispositionen zu Gehirnerkrankungen. 3. Werden die Leute bei sonst vollkommener Gesundheit, wenn man von der Syphilis absieht, ohne irgend eine Gelegenheitsursache von der Lähmung befallen; nur sind meist heftige Schmerzen vorausgegangen und fast immer mehr oder weniger heftige Eruptionen in anderen Geweben vorhanden. 4. Heilen alle diese Hemiplegien vollständig und rasch bei der sogenannten gemischten Behandlung (Mercur-Jod-Therapie) gleich-

zeitig mit anderen Manifestationen der Syphilis. 5. Zeigen sich neben ihnen keine anderen Cerebral-Symptome.

Der Verlauf ist gewöhnlich kein so plötzlich auftretender, wie bei einer Lähmung in Folge von Apoplexie. Die Kranken, welche von der syphilitischen Paraplegie befallen werden, stürzen nicht zusammen, verlieren nicht das Bewusstsein, verlieren nicht plötzlich ihr Wohlbefinden, das einem Collapsus Platz macht, mit einem Worte, es gibt keinen Ictus, sondern der Zustand entwickelt sich langsam, schleichend. Die Kranken leiden schon durch mehrere Tage vorher an heftigen Kopfschmerzen, sind wie betäubt, schwach, schwindelig, unsicher auf den Beinen. Dann wird der Schwindel heftiger; die Kranken ziehen beim Gehen ein Bein nach, stolpern, fallen leicht; der Arm der sich später als ergriffen zeigenden Seite wird etwas taub, schwerfällig in seinen Bewegungen, der Mundwinkel weicht anfangs wenig, dann immer stärker und stärker von seiner gewöhnlichen Stellung ab. Alles das entwickelt sich nicht stossweise, sondern nach und nach, in der Zeit von 1—2 Tagen, seltener in wenigen Stunden, ohne dass die Kranken über mehr als ein Uebelbefinden oder eine grössere oder geringere Eingenommenheit des Kopfes klagen würden. Dann nehmen diese Störungen der Beweglichkeit zu, und die Hemiplegie fängt an, deutlicher zu werden. Sie wird nie vollständig. So kann z. B. die untere Extremität unfähig werden, das Gewicht des Körpers zu tragen, aber sie kann noch die Fähigkeit behalten, gewisse Bewegungen auszuführen. Die obere Extremität kann ihre Kraft eingebüsst haben, aber sie kann noch erhoben werden; die Finger sind nicht mehr fähig, einen Gegenstand zu umklammern, aber sie haben dennoch ihre Beweglichkeit nicht verloren; auch die Lähmung des Gesichtes kann nur eine theilweise sein; so kann in einzelnen Fällen das Auge geschlossen werden, oder die Sprache braucht nicht durchaus unmöglich zu sein, nur können die Kranken keine Consonanten hervorbringen. Der Mund dagegen ist immer sehr stark von seiner Stellung abgelenkt und die Verzerrung der Züge, besonders beim Lachen, ist sehr deutlich. Die Sensibilität leidet in demselben Grade wie die Motilität. Die anderen Functionen werden wenig oder gar nicht alterirt.

Die Hemiplegie in Folge von Syphilis bessert sich und verschwindet später vollkommen nach einer specifischen Behandlung, und zwar bewährt sich das Tractamen mixtum bei welchem man dem Kranken innerlich Jod gibt und daneben einreiben lässt. Die

Einreibungen sind der inneren Anwendung des Quecksilbers vorzuziehen, weil es sich um rasche und energische Wirkung handelt. Schon nach der ersten, spätestens nach der zweiten Woche der Behandlung bemerkt man eine namhafte und rasch zunehmende Besserung in der Bewegung der Glieder. Auch die abweichende Stellung des Mundes ändert sich und macht allmählig der normalen Platz; dann aber fängt die Wirkung an, etwas zögernder sich zu äussern und jene schiefe Stellung der Lippen ist das letzte Symptom, welches verschwindet.

Der anatomische Grund dieses Processes ist vollkommen unbekannt und da Necroscopien fehlen, haben die Hypothesen freien Spielraum. Man nimmt an, dass diese Lähmungen durch Compression der Nerven an irgend einer Stelle ihres Verlaufes, vorzugsweise während der Durchsetzung knöcherner oder fibröser Hohlräume, zu Stande kommen, oder dass irgend eine in ihrem Wesen unerkannte Erkrankung der Nervensubstanz selbst platzgreift. Dafür spricht der vollkommen umschriebene und anatomisch definirbare Umfang der Paralyse. Namentlich gilt das von der Hemiplegie des ganzen Körpers, als deren Grund man allgemein irgend eine palpable Erkrankung annimmt. Aber wo diese Erkrankung sitzt, ob im Knochen, ob in den Meningen, in den Gefässen oder in der Substanz des Gehirns, ist vollkommen unbekannt.

Immer kleiner wird die Zahl derjenigen Autoren, welche auch eine syphilitische Lähmung sine materia annehmen.

Die Sinnesnerven erleiden gleichfalls während der Periode der Frühformen namhafte Störungen ihrer Functionen in Folge von Syphilis. Was das Gesicht anbelangt, beobachtet man Abnahme der Sehstärke, Nebel, Wolken vor den Augen, fliegende Mücken, Störungen in der Accomodation, wie man sie bei Anämie, bei schweren Krankheiten, welche die Kräfte des Organismus sehr erschöpfen, beobachtet; endlich einige Erscheinungen von Amblyopie, für die man trotz der genauesten Untersuchung mit dem Augenspiegel keinen Grund angeben kann.

Was das Gehör anlangt, beobachtet man Klingen, Rauschen und Sausen und andere entotische Geräusche, welche die Kranken sehr belästigen, mehr oder weniger lebhafte Schmerzen im Ohr, Harthörigkeit und vorübergehende Taubheit. Alle diese Erscheinungen sind unerklärt in Bezug auf ihren anatomischen Ursprung und werden deshalb vorläufig den Nervenstörungen angereiht, bis eine genauere Einsicht der Ver-

hältnisse mit der Erkenntnis des wahren Grundes ihnen einen definitiven, vielleicht einen anderen Platz anweisen wird.

Die Syphilis stört auch die Functionen des Denkvermögens. Die Kranken büßen ihre Lebhaftigkeit, ihre Intelligenz in mehr oder weniger hohem Grade ein. Mitunter bemerken sie es selbst und beklagen sich darüber. Sie finden, dass sie weniger lebhaft denken, begreifen und urtheilen; sie verlieren die Lust zu geistiger Thätigkeit, und wenn sie dazu durch Umstände verhalten sind, so wird sie ihnen mühsam und unangenehm. Kurz es greift gerade so eine geistige Asthenie Platz, wie die körperliche, von der früher die Rede war, und mitunter steigert sich diese geistige Schwäche zu einem förmlichen Torpor. Da man in den dieser Behauptung zu Grunde liegenden Fällen keine andere Ursache des erwähnten Factums nachweisen kann, so muss man wohl die Syphilis als die Veranlassung betrachten. Man muss jedoch sagen, dass diese Zufälle sehr selten sind.

§ 100. Die Syphilis kann aber auch in der Periode der Frühformen, wie schon erwähnt worden ist, präexistente Neuralgien steigern, solche, die vielleicht schon völlig erloschen waren, wieder aufleben lassen, oder solche, die schon nachgelassen haben, wieder zu ihrer früheren Intensität zurückführen, und dieser Einfluss auf das kranke Nervensystem ist häufiger wahrnehmbar, als der oben auseinandergesetzte Einfluss auf das gesunde. Das Gesagte gilt vor Allem von der Hysterie, welche bei jenen Weibern, bei denen sie vielleicht seit Jahren theilweise oder ganz aufgehört hat, durch Syphilis eine ungeahnte Steigerung erfahren kann. Dasselbe gilt auch von der Epilepsie; allein da ist dieser Einfluss nur auf eine gewisse Zeit beschränkt. Er dauert nicht lange und nimmt von selbst ab. Will man aber therapeutisch vorgehen, so halte man sich ja nicht an die herkömmlichen Nervenmittel, sondern an eine specifische Behandlung. Es wäre gefehlt, wenn man bei einer durch Syphilis hervorgerufenen Hysterie oder Epilepsie ein gegen diese Krankheiten gerichtetes specielles Verfahren einschlagen wollte, sondern es ist besser, in solchen Fällen die Syphilis zu bekämpfen. Zahlreiche Beobachtungen haben ferner gelehrt, dass die Diathese Neurosen aller Art hervorrufen kann, welche nie früher bestanden haben und welche wahrscheinlich, wenn das Individuum nicht syphilitisch geworden wäre, sich auch nie geäußert hätten. Dieses gilt wieder vor Allem von der Hysterie. Dass man vom pathogenetischen Standpunkte in solchen Fällen annehmen muss, die

Syphilis sei Ursache dieser Hysterie, erhellt aus dem, weil neben letzterer häufig noch andere nervöse Störungen auftreten, welche evident auf Syphilis zurückzuführen sind, oder noch andere Manifestationen der Diathese bestehen; ferner daraus, dass alle diese verschiedenen Erscheinungen, welche da gleichzeitig vorhanden sind, auch gleichzeitig mit einander verlaufen und derselben Therapie weichen. Die Störungen, welche diese Hysterie veranlasst, sind mannigfach in ihrer Form. Sie bestehen entweder in einer Art von Erethismus der Nerven, welche deutlich ausgeprägt ist. Es ändert sich gewissermassen der Charakter, die Receptivität; die Individuen werden zornig ohne Ursache, weinen ohne Grund, sind leicht zu reizen, leiden unter einem psychischen und körperlichen Uebelbefinden, oder es entstehen fixe oder erratische Schmerzen, die gewöhnlich nicht genau zu localisiren sind, z. B. ein Gefühl von Zusammenschnürung der Brust, von Druck auf den Unterleib, Athemnoth (die in nichts begründet ist), der Globus hystericus (welcher bekanntlich vom Magen zu der Kehle aufsteigt und ein Gefühl erzeugt, als ob man ersticken müsste), ein Gefühl von Zusammenschnüren der Kehle, das Bedürfnis, sich immerfort zu strecken, Vapeurs, Ohnmachtsanfälle, allerlei Hyperästhesien; ausserdem gibt es noch Muskelkrämpfe, partielle Convulsionen einzelner Muskeln, Zittern, dann Schwächezustände, Lipothymie, welche weder durch Anämie, noch sonst durch irgend eine Ursache erklärbar ist; dann kommen tonische und clonische Krämpfe, die wahren hysterischen Anfälle, stürmische Bewegungen, Schleudern und Verdrehen der Glieder, Hervorstrecken des Hintern, Angina pectoris und die ganze Reihe der hysterischen Erscheinungen überhaupt. Manchmal treten nur einzelne deutlich ausgeprägte oder verwischte Symptome auf, so dass man den Zustand nicht als hysterisch, sondern nur als hysteriform bezeichnen muss. Manchmal combiniren sich mehrere der angeführten Erscheinungen. Alle diese Zustände haben eine verschieden lange Dauer, aber sie sind alle vergänglich, sie bestehen meist nur einige Wochen, selten einige Monate. Ihr Auftreten ist aus der wiederholt bereits erwähnten deletären Beeinflussung des Nervensystems durch Syphilis vollkommen erklärlich. Dieser Einfluss macht sich hier um so eher geltend, als die Patienten gewöhnlich sich ganz dem Eindrücke des Bewusstseins hingeben, an einer von der Gesellschaft stigmatisirten Krankheit zu leiden; er macht sich um so eher geltend, als die veränderte Lebensweise, die Absperrung in ein Spital, die Enthaltbarkeit von geschlechtlichem Umgange u. s. w., Momente

sind, welche die Wirksamkeit jener Hauptursache, der Diathese, gewiss in dem Hervorrufen solcher Anfälle unterstützen können.

Was von der Hysterie gilt, gilt auch von anderen Neurosen, z. B. von der Epilepsie und ihren Anfällen, oder richtiger gesagt, von den epileptiformen Anfällen, denen die Syphilitischen unterworfen sind. Diese wiederholen sich in verschiedenen Intervallen während einer mehr oder weniger langen Zeit immer mit demselben Charakter. Manchmal sind die auf Syphilis bezüglichen Antecedentien des Kranken ganz unbekannt und man ist ganz überrascht, dass ein Individuum ohne irgend eine palpable Ursache plötzlich an Epilepsie erkrankt, bis eine genaue Prüfung der Verhältnisse über das Causalmoment belehrt und durch Auffassung des Zusammenhanges der fraglichen Zustände mit der früher vorhandenen Syphilis die Sache klar wird. Diese Epilepsie in Folge von Syphilis ist selten. Man kann nun einwenden, dass es sich in den der ausgesprochenen Behauptung zu Grunde liegenden Fällen um wirkliche Epilepsie gehandelt haben mag. Dazu ist noch zu bemerken, dass eine Reihe von Anfällen ein Individuum noch nicht als epileptisch erscheinen lassen, und wird man deshalb die in Folge von Lues sich zeigenden Insulte mit mehr Recht als epileptiforme, denn als epileptische bezeichnen müssen, gerade so wie solche Anfälle in Folge eines Puerperal-Processes oder in Folge von Urämie auftreten, ohne dass man bei derartigen Erkrankungen von Epilepsie spricht.

Die Alten haben diese Zustände symptomatische Epilepsie oder falsche Epilepsie genannt. Andererseits findet man neben diesen epileptischen Anfällen an denselben Individuen auch hysterische, und sie werden manchmal auch von einer dritten Categorie von Anfällen heimgesucht, welche eine Mischlingsform beider darstellt. Nun ist es aber bekannt, dass die wahre Epilepsie eine Krankheit ist, die sich mit keiner anderen vermischt. Dagegen gilt dies von der sogenannten symptomatischen Epilepsie. Ferner ist zu bedenken, dass die Epilepsie, wie sie bei Syphilitischen beobachtet wird, immer vorübergehend ist. Sie dauert nie so lange, wie die wahre Epilepsie, welche meist unheilbar ist. Es ist zwar unbekannt, welchen Verlauf das hier in Rede stehende Leiden nimmt, wenn es sich selbst überlassen ist, weil es nicht in der Gewohnheit der von ihm befallenen Kranken liegt, ärztliche Behandlung nicht aufzusuchen; indess kann man von diesem wie von allen anderen syphilitischen Symptomen auf dem Wege der Induction annehmen, dass es spontan, also ohne jede Therapie nach längerer oder kürzerer Zeit

schwinden würde. Aber das ist sicher, dass es nur einer antisypilitischen Therapie unterworfen, immer rasch schwindet und nie wiederkehrt. Das wird niemals die wahre Epilepsie thun und daraus erhellt, dass man es in einem solchen Falle nicht mit wahrer Epilepsie zu thun hat. Es geht aber ferner aus der Erwägung des Auseinandergesetzten hervor, wie nothwendig eine genaue Ergründung der Ursache dieser Anfälle ist, um durch eine zweckmässige Therapie die Kranken baldmöglichst von ihnen zu befreien.

§ 101. Auch das System des Sympathicus kann in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen ergriffen sein. Unter den hieher gehörigen Erkrankungen sind als die merkwürdigsten und auch dunkelsten die Störungen in der Wärmeempfindung zu erwähnen. Sie sind zweifach: ein örtliches, auf gewisse Stellen des Körpers, besonders an den Extremitäten, umschriebenes Kältegefühl und ein Gefühl von Kälte, das den ganzen Körper betrifft. Die erstere Erscheinung hat verschiedene Grade. In dem leichtesten Grade bemerkt man die Extremitäten kühl, im zweiten kalt und im dritten ordentlich eisig. Diese Kältegefühle sind nicht selten. Man findet sie, wie bereits gesagt, meist an Händen und Füßen, mitunter setzen sie sich in geringem Grade auf den Vorderarm und den Unterschenkel fort. Wenn sie sehr stark ausgeprägt sind, können sie sich, aber immer abnehmend, gegen die Wurzel der betreffenden Extremitäten erstrecken. Die leichteren Grade sind Erscheinungen von geringer Wichtigkeit; tritt aber Kältegefühl in höherem Grade auf, so ist dies ein für die Kranken äusserst unangenehmer Zustand. Die Hände werden dann gewissermassen taub; durch die Kälte verlieren sie ihre Agilität und sind für zarte Arbeit nicht geeignet. Die Kranken beklagen sich auch darüber, dass ihre Hände wie todt sind, dass sie kaum die Gegenstände fühlen, die sie anfassen und z. B. Nadeln nicht einfädeln können. Man kann dieses Sinken der Temperatur auch mit dem Thermometer nachweisen. Fournier bedient sich zur Ergründung dieser Zustände eines eigens gebauten Thermometers, bei welchem statt der Kugel ein münzenförmiger Quecksilberbehälter an die Thermometerröhre angeblasen ist. Dieser Behälter ist etwas concav, so dass er auf die Rückenfläche des Metacarpus, des Metatarsus, der aneinanderliegenden Finger leicht applicirt werden kann. Man lässt das Instrument einige Zeit 20 bis 30 Minuten liegen, bedeckt es behufs der Untersuchung mit Watta und befestigt dann Alles an dem zu untersuchenden Theile durch eine

Bandage. Um den Temperaturunterschied festzustellen, untersucht man gleichzeitig in derselben Weise ein anderes im selben Raume befindliches Individuum, welches die in Rede stehende Erscheinung nicht darbietet. Der Unterschied zwischen der Temperatur des Letzteren und der Temperatur des Ersteren gibt den Wärmeverlust des kranken Individuums. Man muss gestehen, dass diese Methode die wahre Temperatursdifferenz nicht ergibt, aber man bekommt doch ein annäherungsweise wahres Resultat, welches sich klinisch verwerthen lässt.

Die andere Art des durch die Syphilis bedingten Wärmeverlustes betrifft den ganzen Körper. Die Kranken empfinden ein über den ganzen Leib verbreitetes Gefühl von Kälte, wie wenn z. B. die Temperatur der Umgebung sich plötzlich abgekühlt hätte. Oft ist dieser Zustand leicht und rasch vorübergehend; dann wird er weiter nicht beachtet; wenn er aber stark ausgeprägt ist, so wird er lästig; die Kranken decken sich dann im Sommer so zu, hüllen sich fröstelnd so ein, als ob es im tiefsten Winter wäre; sie bleiben auch aus dem Grunde im Bette, um nicht so viel Kälte zu erdulden, und verlangen auch im Bette noch Wärmeflaschen, kurz, Worte und Handlungen zeugen von einem bedeutenden Kältegefühl, das sich objectiv in einzelnen, seltenen Fällen durch Schauern und Zähneklappern äussert. Es ist begreiflich, dass, wenn man sich um die Ursache dieser Erscheinung kümmert, dieses nur unter der Voraussetzung mit Erfolg geschehen kann, jenes Phänomen sei lediglich der Ausdruck von Störungen in der Circulation, und die Beobachtung hat das auch bestätigt. Der Puls der Kranken, an denen die erwähnte Erscheinung wahrgenommen wird, verliert seine Völle, seine natürliche Kraft, und zwar in dem Grade, in welchem die Intensität der Erscheinung zunimmt, und wird schliesslich klein, wie wenn das Caliber der Arterie sich verringert hätte. Wenn die Algidität bedeutend ist, so wird der Puls kaum zu fühlen, fadenförmig sein. (Uebrigens gibt der Sphygmograph besseren Aufschluss über die Qualität des Pulses, als die gewöhnlich übliche Betastung.) Diese Wahrnehmung macht man auch bei durch andere Ursachen veranlasstem Kältegefühle. — Die in Rede stehende Erscheinung ist gegen jede Therapie ziemlich widerstandsfähig, selten verschwindet sie vor 2 oder 4 Wochen, meist zieht sie sich mit Remissionen oder Intermissionen durch 2—3 Monate und noch mehr in die Länge. Selbst die anti-syphilitische Behandlung übt auf sie nur einen langsamen Einfluss, auch wenn man grosse Dosen der Medicamente, viel grössere als diejenigen, welche zur

Bekämpfung anderer Manifestationen der Diathese nothwendig sind, anwendet. Diese Zufälle sind an und für sich nicht schwer. Sie besitzen nur eine scheinbare Wichtigkeit, so dass man sie für gefährlich halten könnte; doch geben sie indirect zu einer ungünstigen Prognose für den Verlauf der Krankheit als Ganzes Veranlassung. Denn sie entwickeln sich nur bei Patienten, welche an vielfachen und rebellischen Frühformen der Syphilis leiden, bei solchen, welche gleichzeitig von Eingeweide-Syphilis ergriffen sind, und es ist begreiflich, dass diese viel ärger daran sind, als jene, die blos von den gang und gäben, im Obigen abgehandelten, auf der Haut und den Schleimhäuten sichtbaren Manifestationen der Diathese befallen werden. Der wahre Grund dieser Erscheinung ist auch hier nicht bekannt und kann sein Sitz nur hypothetisch in den Sympathicus verlegt werden.

Ausserdem gibt es noch einzelne Erscheinungen, welche in dieselbe Kategorie gehören, wie die eben abgehandelte.

Viele Kranke klagen nämlich über von Zeit zu Zeit auftretende, vorübergehende Frostanfälle oder vielmehr Schauer. Diese zeigen sich ohne Veranlassung, unerwartet, bei Tag, aber besonders bei Nacht, dauern nur eine kurze Zeit, einige Minuten, manchmal nur eine Minute, und wiederholen sich in mehr oder weniger langen Zeiträumen. Mitunter gesellt sich zu diesem Schauer ein längere oder kürzere Zeit andauerndes Kältegefühl. Die in Rede stehenden Zustände sind auf keine andere Weise zu erklären, als dadurch, dass sie für Störungen in der Function des Sympathicus genommen werden.

Den im Vorhergehenden geschilderten gegenüber stehen Anfälle von Hitze, welche gleichfalls während der Periode der Frühformen auftreten, und die wie Wallungen gegen den Kopf und die verschiedensten Körpertheile zu sich verbreiten. Auch sie zeigen sich unverhofft, wie die oben erwähnten Kältegefühle, während der Ruhe, sogar während der Bettruhe, ebenso wie während der Bewegung. Sie dauern nur einige Minuten, aber durch ihre häufige Wiederholung beunruhigen sie die Kranken. Man muss sie gleichfalls, sowie die vorhergehenden Erscheinungen, auf krankhafte Veränderungen im vasomotorischen Nervensystem zurückführen.

Ferner gibt es ausser jenen Anfällen von Hitze und Kälte auch noch Anfälle von Schweiss, welche unter verschiedenen Bedingungen und in verschiedenen Formen wahrgenommen werden. Diese

Schweisse können über den ganzen Körper verbreitet und intermittirend sein. Sie treten dann während des Wachens auf oder während des Schlafes. In ersterem Falle zeigen sie sich, wenn die Kranken selbst eine geringe Bewegung ausführen, z. B. wenn sie ein wenig gehen, Stiegen steigen u. s. w.; aber sie befallen die Patienten auch im Bette ohne die geringste Veranlassung: im Winter wie im Sommer, im Freien wie in einem geschlossenen Raume und bei was immer für einer Temperatur der Luft. Doch am häufigsten äussern sie sich Nachts; die Kranken erwachen in Folge dessen schweissgebadet und finden das Bettzeug zum Auswinden durchnässt. Diese Schweisse sind vorübergehend, sie dauern nur kurze Zeit, aber sie kehren oft wieder und manchmal öfter während eines Tages oder während einer Nacht. Im Gegensatze zu dem Geschilderten gibt es auch continuirliche und einzelne Theile des Körpers befallende Schweisse, welche besonders an den Extremitäten beobachtet werden. — Da man diese Erscheinungen immer gleichzeitig mit dem Ausbruche anderer Erscheinungen von Syphilis wahrnimmt, so muss man sie auf die Diathese zurückführen. — Diese locale Hyperhydrosis befällt vorzugsweise die Hohlhand und hat verschiedene Grade. Manchmal ist die Hohlhand nur feucht, bisweilen aber steht der Schweiss in Tropfen auf derselben. Die krankhafte Secretion dauert immer ziemlich lange, bisweilen mehrere Monate, oft 2—3 Monate, mitunter noch länger. — Man hat diese Schweisse auf die Chloranämie, welche die Syphilis begleitet, zurückführen wollen; und es spricht dafür wirklich, dass Anämische und Cachectische häufig Schweissen unterworfen sind. Allein die syphilitische Anämie mag wohl die Entstehung dieser Schweisse begünstigen, doch vollständig erklären wird sie dieselben nicht; denn man beobachtet sie oft bei Syphilitischen, welche kein Zeichen von Anämie, Chlorose oder Cachexie an sich haben, so dass für ihre Erklärung wieder kein anderer Grund übrig bleibt, als die Diathese an sich, und diese beeinflusst wahrscheinlich das System des Sympathicus gerade so, wie andere Theile des Nervensystems, und der Sympathicus ist es ja, von dem wir nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens glauben, dass er der Schweiss-Secretion vorstehe.

§ 102. Die Syphilis wirkt, abgesehen von dem im Obigen Mitgetheilten, unter Umständen noch auf alle Nervencentren derartig ein, dass ein Complex von Erscheinungen an den Kranken wahrnehmbar wird, welchen man als „Fieber“ bezeichnen muss.

Man hat seit jeher behauptet, dass die Syphilis als eine im Ganzen fieberlose Krankheit verlaufe, und wenn man auch febrile Zustände während der einzelnen Epochen des Bestehens der Diathese beobachtete, so hielt man dieselben für rein symptomatisch, für ein Epiphänomen anderer Erscheinungen. Dem ist jedoch nicht so. Die Syphilis kann vielmehr, wie gesagt, auch an und für sich, und zwar nicht selten nicht bloß als Begleitungserscheinung anderer Manifestationen der Dyscrasie, Fieberanfälle von verschiedenartigem Auftreten, verschiedener Dauer und Intensität hervorrufen. Man könnte wohl einwenden, dass der jeweilige Status febrilis in den der ausgesprochenen Behauptung zu Grunde liegenden Fällen von intercurrenten, mit der Syphilis in keinem Zusammenhange stehenden Leiden herrührte. Dagegen spricht aber auch hier die Häufigkeit dieser an Syphilitischen so oft wahrgenommenen Erscheinung, welche unmöglich das Ergebnis des ebenso häufigen zufälligen Hinzutretens einer zweiten Krankheit zu der bereits bestehenden Diathese sein kann. So oft wiederholt sich ein Zufall nicht. Es liegt vielmehr näher, anzunehmen, dass dieses Symptom gerade so, wie andere häufig an Syphilitischen auftretende, nur durch die Diathese veranlasst werde. Dazu kommt, dass man mit dieser Annahme für die Syphilis abermals kein Prärogativ verlangt. Man fordert für sie nichts anderes als die Anerkennung einer Thatsache, über deren Bestehen bei anderen Infectiouskrankheiten längst schon kein Zweifel obwaltet. Wie bei diesen ist das Fieber hier auch einfach als eine Störung im Nervenleben anzusehen, und als Beweis für das Gesagte findet man es bei Weibern ungleich häufiger und intensiver, als bei Männern, weil ja bekanntlich die Receptivität des Nervensystems gegen Noxen bei jenen grösser ist, als bei diesen, ein Umstand, auf welchen übrigens schon wiederholt hingewiesen wurde.

Das Fieber gehört der syphilitischen Diathese ferner auch aus dem Grunde an, weil es sich immer nur während der Periode der Frühformen, also gewissermassen während des Höhestadiums der Entwicklung des hier in Rede stehenden Leidens, zeigt. Vor dem Auftreten von sogenannten Allgemeinerscheinungen wird es nicht beobachtet; auch nachher, zur Zeit der Periode der Spätformen, nicht, es sei denn, dass schwere Erkrankungen mit entzündlichem Character durch die Syphilis bedingt würden, oder dass es als hectisches Fieber sich manifestirte. Ferner ist es

während des ersten Jahres des Bestehens der Dyscrasie nicht selten, wird im zweiten und dritten Jahre seltener und später nur ausnahmsweise wahrgenommen.

Das symptomatische und das essentielle Fieber der Syphilitischen sind von einander in Bezug auf Entwicklung, Häufigkeit, Wesen und clinisches Interesse sehr verschieden.

Das symptomatische Fieber ist ziemlich selten, da die erörterten und noch zu erörternden Manifestationen der Diathese für gewöhnlich ohne Fieber auftreten und verlaufen. Indess bemerkt man doch Fieber in manchen Fällen als Prodomalsymptom oder als Begleitungserscheinung im Anfange dieser oder jener Eruption auf der Haut, bei der entzündlichen Iritis, bei Periostitis, Arthritis, Tendinitis, (Pseudo-)Rheumatismus der Periode der Frühformen, bei Adenopathie, die zur Eiterung führt, bei Lymphangitis, bei Erysipel oder Phlegmone, die zu vernachlässigten oder gereizten Schleimhaut-Syphiliden sich gesellen.

Dieses symptomatische Fieber der Syphilitischen bietet ferner nichts dar, was es von irgend einem durch eine andere Erkrankung bedingten symptomatischen Fieber unterscheiden würde. Es hat fast immer einen continuirlichen Typus, eine mässige Intensität, kurze Dauer. In 4 bis 5 Tagen oder, wenn es einige Male recidivirt, in höchstens 14 Tagen, ist es vorüber.

§ 103. Das essentiell der syphilitischen Diathese angehörige Fieber aber ist ziemlich häufig, wenn die Krankheit sich selbst überlassen ist, selten bei Individuen, welche einer Behandlung unterworfen worden sind, so dass man sagen muss: die specifische Behandlung sei das beste Vorbauungsmittel dagegen. Das syphilitische Fieber verläuft nicht in allen Fällen nach derselben Schablone. Es hat verschiedene Grade der Intensität, d. h. verschiedene Grade von Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, von Störung im sympathischen Nervensystem und Dauer. Ausserdem aber hat es noch verschiedene Typen. Es gibt nämlich ein intermittirendes, continuirliches und unregelmässig auftretendes, essentiell syphilitisches Fieber.

Der intermittirende Typus ist der häufigste. Fieber dieser Art characterisiren sich durch periodisch auf einander folgende Anfälle, welche häufig täglich, und zwar meist gegen Abend oder in der Nacht auftreten, bei denen zwischen den einzelnen Paroxysmen vollkommen

feberfreie Zeitabschnitte liegen, die aber sonst durch nichts von Fieberanfällen aus anderen Ursachen verschieden sind. Sie zeigen Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung, Kopfschmerz, Uebelbefinden, Abgeschlagenheit, Störungen im Bereiche des Sympathicus, etc. Vollkommen ausgeprägt, sind sie den Anfällen des Wechselfiebers nicht unähnlich, d. h. sie haben auch in typischen Fällen ihre drei deutlich unterscheidbare Stadien, das der Hitze, Kälte und des Schweisses. Es kommt dies jedoch sehr selten vor, denn meist sind sie den Wechselfieber-Paroxysmen nicht gleich. Sie haben nicht immer jene drei Stadien und nicht immer deutlich geschieden und diese treten auch nicht immer in der charakteristischen Reihenfolge wie bei der Intermittens auf; im Gegentheile sind Fälle von dieser Beschaffenheit seltene Ausnahmen. Meist ist statt der Kälte nur ein leichtes Frösteln bemerkbar und oft ist dieses nicht das erste Glied in der Kette der Erscheinungen, welche sich nun abwickeln. Auch gibt es keine ordentlichen Schweisse bei dieser Art des syphilitischen Fiebers, sondern nur leichtes oder gar nur ein theilweises Feuchtwerden der Haut. Bleibt nur noch das Hitzestadium als das einzig deutliche und hervorstechende Symptom eines Paroxysmus des syphilitischen Fiebers von intermittirendem Typus, während die Stadien der Kälte und der Schweisse nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Kranken selbst machen schon den Arzt darauf aufmerksam, indem sie nur über Hitze, nie über Frost und Schweiss klagen.

Ferner ist der Paroxysmus des syphilitischen Fiebers nicht so regelmässig wie jener des Wechselfiebers, welcher bekanntlich sowohl als Ganzes, als auch in seinen Theilen mit mathematischer Genauigkeit eintritt, während, wie wir gesehen haben, beim syphilitischen Fieberanfälle einzelne Stadien fehlen oder nicht immer in derselben Tour aufeinander folgen; beim Wechselfieber gleicht ein Anfall dem anderen aufs Genaueste. Das ist hier auch nicht der Fall. Heute tritt nur Hitze oder überwiegend Hitze, morgen nur Kälte oder überwiegend Kälte beim Paroxysmus auf, u. s. w. Das Gewöhnlichste ist, dass der ganze Insult in einem Hitzestadium besteht, welches hie und da durch leichte Anfälle von Frösteln unterbrochen wird. Bisweilen zeigt sich mitten im Anfalle ein Stadium des Schweisses. Und dazu kommt noch, dass an einem Tage der Insult eine gewisse Intensität haben kann, am anderen Tage ist die Intensität geringer. Dasselbe gilt von der Dauer der einzelnen Anfälle; einmal kann ein solcher Anfall durch die ganze Nacht

sich hindurchziehen, das andere Mal hört er schon nach wenig Stunden auf. Diese Verschiedenheit gilt nicht blos von den Anfällen verschiedener Kranken, sondern auch von den Anfällen desselben Individuums. Bekanntlich findet sich eine derartige Unregelmässigkeit beim Wechsel- fieber nicht.

Ausserdem gibt es aber noch zwei wesentliche Unterschiede zwischen dem Wechsel- und dem syphilitischen Fieber.

1. Das syphilitische Fieber ist ein tägliches und hat nie den bekanntlich beim Wechselfieber so häufigen Tertian- oder Quartantypus. Bisweilen, aber selten, zeigt es zwei Anfälle an einem Tage.

2. Es tritt selten bei Tag, meist Abends oder Nachts auf. Die symptomatischen Fieber bei Eiterungen, Tuberculose etc. verhalten sich mitunter ebenso; aber nie, oder fast nur ausnahmsweise beobachtet man dies beim Wechselfieber. Ueberhaupt wenn man einen Kranken vor sich hat, welcher Nachts Fieber hat, muss, wenn sonst keine Ursache bekannt ist, Verdacht auf Syphilis gehegt werden.

Die Milzschwellung, welche man bei Wechselfiebern constant findet, wird nach neueren Anschauungen auch bei einzelnen Manifestationen der Syphilis gefunden, so dass der Unterschied, welchen Fournier zwischen syphilitischem und Wechselfieber aufstellt, dass bei ersterem die Milzschwellung fehle, bei letzterem vorhanden sei, als ein nicht allgemein anerkannter hingestellt werden muss.

Die intermittirende Form des syphilitischen Fiebers ist diejenige, welche meist sehr rasch schon nach einigen Anfällen schwindet, selbst wenn sie nicht behandelt worden ist. Manchmal aber dauert sie mehrere Wochen, trotz eingeleiteter Behandlung. Andererseits muss man sagen, dass in der Regel die specifische Behandlung sehr wirksam gegen die in Rede stehende Manifestation der Diathese ist. Die einzelnen Anfälle verlieren bald unter der Einwirkung der Specifica (Mercur etc.) an Intensität und das geht so fort, bis sie zuletzt nur als blosse, vorübergehende, besonders zur Nachtszeit wahrgenommene Empfindungen von Hitze und Kälte auftreten, die endlich auch ausbleiben. Recidiven des Zustandes aber sind häufig, gleichviel, ob jetzt das Leiden durch Behandlung beseitigt wurde, oder spontan schwand.

Noch einer für die Praxis wichtigen Bemerkung sei hier Raum gegönnt, nämlich, dass das souveräne Wechselfiebermittel, Chinin, hier eine ganz untergeordnete Rolle spielt. Hier ist das eigentlich wirksame Mittel Quecksilber.

Das essentielle, durch Syphilis während der Periode der Frühformen bedingte Fieber, tritt aber auch mit einem continuirlichen Typus auf und dauert mehrere Tage. Manchmal hat es alle Tage dieselbe Intensität mit denselben Schwankungen in den verschiedenen Tageszeiten, welche man bei den Fiebern aus den verschiedensten Gründen wahrnimmt. Bisweilen aber bemerkt man, dass es doch an einzelnen Tagen exacerbirt. Im ersteren Falle hat man eine *febris syphilitica continua simplex*, im letzteren eine *febris syphilitica continua remittens* vor sich.

Diese beiden Arten sind häufiger, als die im Vorhergehenden geschilderte, gehören aber auch nicht zu den gerade alltäglichen Erscheinungen. Sie sind dem synochalen Fieber ähnlich und von demselben mitunter schwer zu unterscheiden.

Die merkwürdigste Eigenheit dieses Zustandes ist seine Dauer, welche wenige Tage oder Wochen, selten 1—2 Monate beträgt. Ja es kann auch vorkommen, dass ein Kranker durch mehrere Wochen nur in Folge blosser Fieberzufälle (ohne jede andere Nebenerscheinung), die durch Syphilis bedingt sind, ans Bett gefesselt wird, so dass man an Rheumatismus, Typhus oder Typhoid denken könnte — Verwechslungen, die auch häufig vorkommen, wenn man nicht weiss, dass auch die Syphilis allein im Stande ist, eine derartige Erscheinung hervorzurufen.

Endlich tritt das syphilitische Fieber auch ohne regelmässigen Typus auf. Nämlich:

Anfangs kommen einzelne Fieberanfälle, welche einem continuirlichen Fieber Platz machen; auch findet (jedoch viel seltener) das Umgekehrte statt. Oder es wechselt der intermittirende mit dem continuirlichen Typus. Manchmal treten einzelne Fieberanfälle von ungleicher Dauer und Intensität nach ungleich langen fieberfreien Intervallen auf, etc.

Die Symptome des essentiellen syphilitischen Fiebers bestehen, wie bei jedem anderen Fieber, in Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, mehr oder weniger allgemeinem Uebelbefinden, sympathischen Störungen einzelner Functionen des Organismus.

Die Pulsbeschleunigung und Temperaturerhöhung erreichen keine das Mittelmaass bedeutend überragende Höhe. Der Puls steigt selten höher als 96—110. Die Temperatur der Achselhöhle schwankt zwischen $37^{\circ}.5$ und $38^{\circ}.5$. Man muss also das Fieber von diesem Standpunkte aus als ein mässiges betrachten. Aber bisweilen erreicht das hier in Rede stehende Fieber schon höhere Grade, wie wir sie nur

bei der Entzündung eines lebenswichtigen Organs oder bei einer Pyrexie wahrnehmen. Indess besteht doch immer ein wesentlicher Unterschied zwischen einem solchen entzündlichen und dem syphilitischen Fieber. Das Gesicht, beim gewöhnlichen Fieber während des Anfalles injicirt und etwas gedunsen, ist beim syphilitischen Fieber blass und schlaff. Bei jenem ist der Puls voll und kräftig, bei diesem erreicht er kaum mittlere Intensität, meistens aber ist er schwach, weich und zusammen-drückbar. Oft ist er sogar sehr klein. Dann gibt es zwischen beiden noch einen Unterschied, der als eine Eigenthümlichkeit des syphilitischen Fiebers schon Erwähnung fand, nämlich: während des Hitzestadiums zeigen sich beim syphilitischen Fieber Frösteln und Schauer mit oder ohne Kälte der Extremitäten, Schweissausbrüche, die entweder den ganzen Körper oder nur die Extremitäten befallen.

Allgemeines Uebelbefinden ist auch beim syphilitischen Fieber scharf ausgeprägt. Man beobachtet Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, Kopfschmerz etc. Bisweilen aber sind diese Erscheinungen in einem minder hohen Grade wahrzunehmen, als es die gesteigerte Pulsfrequenz und die Temperaturerhöhung von vornherein vermuthen liessen, ja es besteht mitunter ein auffälliger Gegensatz zwischen diesen zwei Gruppen von Symptomen.

Die sympathischen anderweitigen Störungen sind: gastrische Erscheinungen, verfärbte Zunge, Verringerung des Appetites oder gar vollständige Appetitlosigkeit, Verminderung der Anzahl der Entleerungen oder selbst Stuhlverstopfung, mannigfaltige Nervenstörungen, bei den verschiedenen Individuen verschieden, als: Schlaflosigkeit, unbestimmte Schmerzen, Reizbarkeit, Schwäche, Wallungen etc. Doch sind alle diese Symptome, besonders die gastrischen, manchmal nur wenig deutlich und mitunter fast null. Die Zunge bleibt normal, ist feucht, nicht belegt, der Appetit vermindert sich nicht, ja mitunter ist er gar vermehrt. Noch mehr! Da in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen auch Erkrankungen in den Eingeweiden auftreten können, da als ein Symptom einer gewissen Gruppe dieser Erkrankungen Bulimie beobachtet wird, da ferner die einzelnen Manifestationen der Syphilis (z. B. eine Neurose und ein Exanthem) gleichzeitig miteinander vorkommen können, so kann man an einem syphilitischen Individuum zuweilen die seltsame Wahrnehmung machen, welche eben nur bei dieser Diathese möglich ist, dass ein Patient heftig fiebert und trotzdem von einer Gefrässigkeit befallen ist, wie sie z. B. bei Diabetes beobachtet wird.

Weil das syphilitische Fieber in einer Periode des Bestehens der Diathese auftritt, in welcher auch sonst zahlreiche anderweitige Manifestationen der Syphilis wahrgenommen werden, ist es kein Wunder, wenn Combinationen desselben mit diesen zur Beobachtung kommen, und es ist dem Einflusse der letzteren auch die Mannigfaltigkeit in der äusseren Erscheinung des essentiellen syphilitischen Fiebers zuzuschreiben. Andererseits aber liegt darin auch die Schwierigkeit der Diagnose und die Leichtigkeit der Verwechslung mit anderen Zuständen. Sind z. B. gleichzeitig die früher erwähnten rheumatoiden Erscheinungen syphilitischen Ursprungs vorhanden, so kann das syphilitische Fieber ein rheumatoides oder einen ganz gewöhnlichen Rheumatismus vortäuschen.

Mitunter geschieht es, dass die mannigfachsten, im Früheren erwähnten, in der Dyscrasie begründeten krankhaften Nervenerscheinungen: Schwäche, Vergehen der Sinne, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, gastrische Erscheinungen, erhöhte Temperatur- und Pulsfrequenz etc., welche sonst mehr oder weniger isolirt vorkommen, zufällig gleichzeitig auftreten und jene bereits erörterte *Asthenia syphiliticorum* in marcantem Grade sich hinzugesellt. Kommt dann noch zu diesen Symptomen ein scharf ausgeprägtes, essentielles syphilitisches Fieber und dauert dieser Zustand gar längere Zeit, so wird man leicht den Irrthum begehen, das Leiden für einen Typhus zu halten. Dieser Zustand scheint sehr gefährlich zu sein, endet aber immer in Genesung. Auch über dieselbe hinaus kann die Aehnlichkeit mit dem adynamischen Processe noch durch eine auffällige, ziemlich lange andauernde Kraftlosigkeit, durch schwächere oder stärkere, aber immer merkbare Erschütterung der Oeconomie des Organismus, welche dem syphilitischen Fieber der in Rede stehenden Art folgt, unterhalten werden.

Aber als Regel muss es gelten, dass man sich bei jedem Fieber eines Syphilitischen zuerst fragt: Ist der vorliegende Zustand wohl die Folge einer intercurrenten Krankheit in individuo syphilitico? Diese Frage wird nur per exclusionem nach genauem Krankenexamen beantwortet werden können. Dann erst macht man sich an die nicht minder schwierige Beantwortung der Frage: Hängt das Fieber des fraglichen syphilitischen Individuums mit der Diathese zusammen? Zu dem Behufe wird man zuerst zu untersuchen haben, in welchem Stadium der Entwicklung der Dyscrasie sich der Kranke befinde, ob er bei jenem angelangt ist, in welchem sich das syphilitische Fieber zu entwickeln pflegt und ob dieses Fieber überhaupt die erörterten Eigenschaften hat, um es als

Symptom der hier abgehandelten Allgemeinerkrankung gelten zu lassen. Nur auf diese Weise wird man eine solide Grundlage für die directe Diagnose gewinnen.

Mit besonderen Schwierigkeiten dürfte es verbunden sein, das syphilitische Fieber mit continuirlichem Typus nicht mit anderen ähnlichen Leiden zu verwechseln, denn dieses könnte möglicherweise ein synochales Fieber, einen typhösen Process, einen Rheumatismus vor-täuschen.

Das synochale Fieber ist jenem Zustande am ähnlichsten und kann nur durch die gewöhnlich schärfer ausgeprägten gastrischen Erscheinungen unterschieden werden. Die Zunge ist beim synochalen Fieber meist stark belegt, weiss und die Saburra hochgradiger. Es besteht Appetitlosigkeit oder gar Ekel vor Speisen, ein bitterer Geschmack im Munde, Brechneigung oder Erbrechen etc. Sind aber diese Erscheinungen weniger deutlich, dann ist die Differential-Diagnose sehr schwer.

Verwechslungen des syphilitischen Fiebers mit dem typhösen sind, wie schon angedeutet, sehr leicht möglich. Umgekehrt, dass ein typhöses Fieber für ein syphilitisches gehalten werden würde, dürfte kaum vorkommen. Eine genaue Analyse der Krankheitserscheinungen wird bald alle Zweifel und Täuschungen beseitigen. Nie wird man beim syphilitischen Fieber jene charakteristischen Zeichen des Typhus finden, als: die Epistaxis, den Stupor, die Diarrhöe, das Gurren, den Meteorismus, die fuligo narium, bronchiales Rasseln, das bekannte Exanthem, etc.

Auch mit dem Rheumatismus oder dem rheumatischen Fieber kann, wie gleichfalls bereits erwähnt, das syphilitische verwechselt werden, wenn gleichzeitig mit ihm durch die Diathese bedingte, im Früheren geschilderte Erkrankungen in den Gelenken und ihrer Umgebung auftreten. Man wird da behufs der Diagnose zunächst festzustellen haben, ob diese Erkrankungen und das Fieber bloß so zufällig nebeneinander, allerdings durch dieselbe Ursache veranlasst, vorkommen, oder ob sie in einem Causalnexus stehen; ob das Individuum, welches man untersucht, zu Rheumatismus disponirt ist oder sich Einflüssen, welche Rheumatismus erzeugen, ausgesetzt hat; ob die Symptome syphilitischer Arthropathie oder die des Rheumatismus vulgaris vorhanden sind; ob nicht ausser den Gelenksleiden Erkrankungen derselben Kategorie, aber evident syphilitischer Natur, vorhanden sind (z. B. Periostitiden, Periostosen, Sehnenentzündungen etc.) Wenn das Alles erwogen wird, kann sich die Diagnose leicht und exact stellen lassen. Manchmal aber wird sie

unentschieden bleiben müssen, sobald eben die aufgezählten Anhaltspunkte fehlen.

Besteht das syphilitische Fieber nur in einigen Anfällen von geringerer Intensität, dann ist es von keiner Bedeutung. Zieht es sich aber, besonders mit continuirlichem Typus, einige Zeit hin, dann bedingt es mehr oder weniger ernste Störungen in der Ernährung, deren Wichtigkeit der Dauer des Processes proportionirt ist. Die Kranken verfallen in Folge dessen in Anämie, allgemeine Atonie, welche nur mit Mühe beseitigt werden können. Mehrere Wochen bleiben sie in solchen Fällen blass, schwach und kraftlos, wie wenn sie bedeutende Blutverluste erlitten oder eine schwere Krankheit überstanden hätten.

Ja, in seinen ernsteren Formen birgt das syphilitische Fieber auch noch insofern eine schlechte Prognose, als es einerseits signalisirt, dass die Syphilis des betreffenden Kranken, der es seinen Ursprung verdankt, schon an und für sich eine maligne ist und durch Deteriorirung des befallenen Organismus eignet es denselben gewissermassen für die Entwicklung solcher, zu den allergefährlichsten zählenden Manifestationen. Aus diesem zweifachen Grunde, wegen dieses *circulus vitiosus* verdient es die Aufmerksamkeit des Arztes in hohem Grade.

Was die Behandlung anlangt, ist schon darauf hingewiesen worden, die wirksamste Therapie gegen das im Vorhergehenden geschilderte Leiden bestehe in der Anwendung des Mercur mit oder ohne gleichzeitigen Gebrauch des Jodkali, und die sogenannten Febrifuga sind da vollkommen wirkungslos. Die Erfahrung hat ferner gelehrt, dass der intermittirende Typus leichter durch Mercur zu beseitigen ist, als der continuirliche. Gegen diesen wird man nur durch grosse Dosen, durch das Zwei- bis Dreifache der Quantität, die man sonst verabreicht, etwas ausrichten. Man überzeugt sich weiters, dass gegen alle Voraussetzung das Quecksilber interne auch bei voller Entfaltung des Fiebers vertragen wird. Nur in jenen wenigen Fällen, in welchen die gastrischen Störungen, die es veranlasst, denn doch zu bedenklich wären, halte man sich an die Einreibungen.

VII. CAPITEL.

Anomalien im splanchnischen Systeme während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 104. Es ist nun noch der Einfluss der Syphilis auf die Respiration und Circulation, auf die Digestion und Menstruation zu erörtern.

Der Respirations-Apparat ist im Verlaufe der secundären Syphilis nur wenig ergriffen. Man bemerkt höchstens als vorübergehende Folge der Diathese etwas Dyspnöe, über welche die Kranken klagen. Sie tritt in nicht fixen, häufig abendlichen, selten besonders intensiven, meist nur kurze Zeit dauernden Anfällen auf. Es ist das eine sogenannte Erkrankung sine materia, weil man in keinem Organe irgend etwas Pathologisches nachweisen kann, das dieser Erscheinung zu Grunde läge. Man hat die Ursache dieser Dyspnöe auch in dem chloranämischen Zustande der Kranken oder in einem mit Schmerz verbundenen, bereits früher besprochenen Hindernisse der freien Ausdehnung des Thorax, als: in einer Pleurodynie, Sternalgie, Epigastralgie, Ostealgie, Periostitis oder Periostose der Rippen gesucht. Wie gesagt, manchmal findet man keine palpable Ursache und man ist geneigt, die Erscheinung als eine rein dynamische auf irgend einen Grund, der im Nervensysteme sitzt, zurückzuführen.

§ 105. Weit zahlreicher sind die krankhaften Veränderungen der Circulation, welche die Syphilis bedingt. Einige sind anlässlich der Erörterung der durch die Diathese bedingten Chloranämie, des Fiebers, der Algidität schon abgehandelt worden. Andere erheischen jedoch eine besondere Besprechung.

Man findet sehr häufig bei syphilitischen Weibern während der Periode der Frühformen Palpitationen. Diese bestehen in momentanen Beschleunigungen der Zusammenziehung des Herzmuskels, verbunden mit dem Gefühle eines Anpralles von ungewöhnlicher Intensität an die vordere Brustwand, mit einem eigenartigen Unwohlsein, Präcordialangst mit dem Gefühle der Erstickung, Lufthunger, Athemnoth u. s. w. Diese Palpitationen sind intermittirend und unregelmässig in ihrem Auftreten, welches in Anfällen erfolgt. Die einzelnen Anfälle dauern einige Secunden oder Minuten und wiederholen sich mehr oder weniger häufig. Bald sind welche hervorgerufen durch Bewegungen, durch Gehen, durch plötzliche Lageveränderungen oder Stellungswechsel, durch Stiegensteigen, psychischen Einfluss u. s. w.; bald treten sie ohne Ursache auf, in der Ruhe, im Bette, während des Schlafes. Manchmal beobachtet man sie bei Tage, mitunter bei Nacht, bisweilen vorzugsweise bei Nacht. Vergebens sucht man eine Erkrankung in dem Organe als die Ursache dieser Störungen; Klappen und Ostia sind in Ordnung; man hört kein Nonnengeräusch, überhaupt kein Geräusch in den Gefässen oder im Herzen; nichts ist wahrzunehmen, was auf eine Verminderung der rothen Blutkörperchen schliessen liesse; auch gibt endlich die Anamnese keine Anhaltspunkte. Man erfährt immer, dass erst während der Periode der Frühformen diese Erscheinungen aufgetreten sind. Daraus ergibt sich:

1. Diese Palpitationen sind rein dynamischer Natur;
2. sie hängen nicht mit Anämie zusammen;
3. sie sind lediglich auf die Diathese zu beziehen und sind eine von jenen Erscheinungen, die man in ihrer Gesammtheit mit dem Namen constitutionelle Syphilis bezeichnet. Das Letztere wird durch Folgendes erhärtet:

1. Die Palpitationen sind fast immer mit anderen entschieden syphilitischen Erscheinungen gleichzeitig;
2. wenn neue Manifestationen anderer Art auftreten, wiederholen sie sich zuweilen;
3. die Palpitationen dauern nur eine bestimmte Zeit, wie überhaupt alle Erscheinungen der Syphilis;
4. sie nehmen ab unter dem Einflusse einer anti-syphilitischen Behandlung;
5. schwinden sie spurlos.

Untersuchungen mit dem Sphygmographen in hier einschlägigen Fällen gemacht, haben gelehrt: 1. dass die Syphilis ausser den durch die Anämie gesetzten, noch anderweitige Störungen im Circulations-Apparat veranlasst, welche der Sphygmograph im Radialpulse deutlich nachweist; der Puls, welcher früher normal war, kann während der Periode der Frühformen sehr unregelmässig werden; 2. diese Unregel-

mässigkeiten sind nur temporär; 3. sie sind intermittirend; heute ist der Puls normal, morgen unregelmässig u. s. w.; diese Veränderungen können sich an Einem Tage vollziehen, aber ihr Auftreten kann längere Zeit, sowohl was die einzelnen Anfälle, als auch was die Gesamtheit der Anfälle betrifft, in Anspruch nehmen; 4. manchmal haben die Kranken ein abnormes Gefühl in Folge dieser Störungen; manchmal haben sie keine Ahnung von denselben. Weder die Zeit des Auftretens dieser Abweichungen von der Norm, noch ihre Dauer hat etwas Fixes. Sie sind passager und combiniren sich, wie bereits gesagt, entweder mit mehr oder weniger heftigen anderweitigen Prorruptionen der Dyscrasie oder vorzugsweise mit Nervenerscheinungen, welche die Syphilis veranlasst. Aber nur der Sphygmograph gibt genauen Aufschluss über die hierher gehörigen Veränderungen; durch denselben erfährt man die relative Dauer der einzelnen Pulsschläge und den Rhythmus. Diesbezügliche Untersuchungen haben ergeben, dass man zumeist ungleiche, aufeinanderfolgende Pulsschläge beobachtet; die einen sind lang, die anderen kurz. Diese können auch in der Weise aufeinanderfolgen, dass erst mehrere lang dauernde hintereinander kommen und dann mehrere kurz dauernde, wobei die Anzahl der langen eben so gross wie die Anzahl der kurzen sein kann oder nicht, und wobei immer dieselbe oder eine ungleiche Anzahl langer und kurzer (zusammengenommen) beobachtet wird. Ferner hat man wahrgenommen, dass Pulsschläge von sehr grosser Elongation neben solchen von ungemein kleiner vorkommen. Auch sogenannte unvollkommene Pulsschläge und nebenbei noch manche andere Unregelmässigkeiten zeigen sich. Diese Veränderungen im Pulse sind natürlich nicht verschieden von ähnlichen Veränderungen, welche bei anderen Krankheiten, z. B. Neurosen, Cachexien und dergleichen auftreten. Insbesondere sind es die Cachexien, welche entweder passager und heilbar oder auch persistirend und zum Tode führend sein können und bedeutende Alterationen im Pulse nach sich ziehen. — Nun ist es notorisch, dass die Syphilis gleichfalls zu solchen Cachexien führt, wohl selbst in ein Krankheitsgenus mit den Cachexien gehört, und daraus ergibt sich, dass die Syphilis solche Unregelmässigkeiten im Pulse verursachen kann.

Ausserdem aber, dass die Dyscrasie an und für sich diese Erscheinungen veranlasst, können dieselben noch durch andere Manifestationen, die gleichfalls syphilitischen Ursprunges sind, indirect hervorgerufen werden. — Als Ursache dieser Veränderungen im Pulse müssen Ano-

malien in der Thätigkeit des Herzens angesehen werden. Sie sind rein dynamischer Natur und beziehen sich wahrscheinlich auf den Nerveneinfluss, dem das Herz unterworfen ist. Es wird das zur Genüge erwiesen durch die Vergänglichkeit dieser Störungen, durch ihre Geneigtheit zur Recidive, durch ihr Verschwinden, ohne dass Spuren ihres Vorhandengewesenseins zurückbleiben, durch ihr häufiges gleichzeitiges Auftreten mit anderen Nervenerscheinungen, dadurch, dass sie häufiger beim Weibe, als beim Manne beobachtet werden, u. s. w.

Ihr Auftreten manchmal schon während der ersten Epoche der Periode der Frühformen aber beweist, dass der Einfluss der Diathese sich schon um diese Zeit auf die tiefliegenden Systeme erstreckt, während man ehemals, wie bereits erwähnt, glaubte, dass in einer so frühen Periode der Dyscrasie nur die Haut und die Schleimhäute der Sitz von Manifestationen der Krankheit wären.

§ 106. Auch der Verdauungstract ist in Folge von Syphilis häufig ergriffen. Die diesbezüglichen Erscheinungen sind bei verschiedenen Kranken in Bezug auf Intensität und auf Wichtigkeit der Erkrankung sehr verschieden, und es besteht hinsichtlich dessen kein Zusammenhang mit der Intensität anderer Manifestationen, die an dem betreffenden Individuum wahrgenommen werden. Der Diathese aber wird immerhin durch das in Folgendem zu Erörternde eine nicht zu läugnende Malignität verliehen. Die häufigste von den hieher gehörigen Erscheinungen ist die Verminderung des Appetites; die Zunge des von diesem Zustande ergriffenen Kranken zeigt keineswegs ein Aussehen wie bei Saburra. Im Gegentheile, sie kann rein und feucht sein, oder nur einen leichten graulichen Beleg haben. Der Zustand besteht mehr oder weniger lange Zeit, im Mittel einige Wochen, dann kehrt Alles wieder zur Norm zurück. Aber es können häufig Recidiven auftreten, entweder gleichzeitig mit Eruptionen oder mit durch die Diathese veranlassten Schmerzen, Nervenzufällen, schliesslich auch ohne dergleichen.

Bisweilen geschieht es, dass der Appetit vollständig aufgehoben wird, besonders dann, wenn in Folge der Diathese eine Asthenie in allen Organen, eine gewisse Atonie aufgetreten ist. Solche Kranke haben einen Abscheu gegen jede Nahrung. Ein derartiger Zustand wird begreiflicherweise für bedeutende Störungen in den Verrichtungen der Organe des Eingeweide-Systems sprechen und hat zweifellos seinen eigent-

lichen Grund im Nervensystem, denn er ist jener Anorexie, welche man bei anderen Neurosen, besonders bei der Hysterie bemerkt, ähnlich.

Diese zwei Erscheinungen, die Verminderung und gänzliche Aufhebung der Esslust, sind für den Arzt eine Quelle von Verlegenheiten; denn welches Medicament soll man den Kranken geben, die jedwede Nahrung verschmähen? Die Patienten werden blass, schwach, mager, und unter solchen Umständen verdoppelt sich der maligne Einfluss der Diathese. Gibt man in diesen Fällen Mercur innerlich, so steigert man die gastrischen Zustände. Man verwendet also da Einreibungen, subcutane Injectionen, Jodclistiere, bittere Mittel, Pepsin u. s. w. Mit Ausnahme der Einreibungen ist fast Alles wirkungslos, und man wird sich deshalb nicht so sehr auf die Wirkung der Medicamente verlassen, als vielmehr darauf dringen, dass eine Aenderung der Lebensweise, der Gewohnheiten, des Mediums, in welchem der Kranke existirt, der Hygiene u. s. w. platzgreife. Das Wirksamste, um den Appetit zu heben, besteht in Bewegungen, Turnen, Landaufenthalt, Aufenthalt an der Seeküste, Knetungen, kalten Douchen, in äusserlich angewendeten Stimulantien u. s. w. Diese Behandlung sollte immer einer anti-syphilitischen Therapie vorhergehen, denn sie ist nicht ohne Einfluss auf die Verdauung und bereitet passend zum späteren Gebrauche der Anti-Syphilitica vor.

Eine andere Erscheinung, welche die Syphilis bezüglich der Digestions-Organe hervorruft, besteht in einer zeitweiligen Steigerung des Appetits; ja zuweilen kommt es sogar zu einer wahrhaften Bulimie. Diese Erscheinung zeigt sich in den verschiedensten Epochen der Periode der Frühformen, besonders in den ersten Monaten, bisweilen schon im Anfange dieser Periode gleichzeitig mit den ersten Anzeichen von Allgemeinerkrankung. Sie findet sich häufiger beim Weibe als beim Manne, ist aber auch beim Weibe ziemlich selten. Was das männliche Geschlecht anlangt, so beobachtet man sie bei Individuen mit lymphathischer, zarter Constitution, oder bei solchen mit gesteigerter Nervenerregbarkeit. Sie tritt besonders in jenen Fällen auf, die sich durch Mannigfaltigkeit und überwiegend nervösen Charakter der Erscheinungen auszeichnen. Ihr einziges Symptom besteht in der Steigerung des Appetits bis zu einem enormen Grade, bisweilen auch in Vermehrung des Durstes, und consecutiv kommt es dann zu gastrischen und Intestinal-Erkrankungen. Diese Steigerung tritt rasch auf, von heute auf morgen. Sie hat verschiedene Grade. Manchmal ist sie so geringfügig, dass sie der Aufmerksamkeit entgeht oder wenigstens nicht als etwas besonders

Krankhaftes angesehen wird. Mitunter aber wird der Hunger selbst für die Kranken beunruhigend und sie beklagen sich darüber beim Arzte, der natürlich erst dann von diesem Zustande erfährt. Die Kranken verzehren mit Leichtigkeit innerhalb 24 Stunden das Dreifache bis Vierfache von dem, was gewöhnlich für einen erwachsenen Menschen für diese Zeit ausreicht. Sie essen nicht blos bei den Mahlzeiten, sondern auch reichlich zwischen den Mahlzeiten und während der Nacht. Nachdem sie eben ausgiebig gefrühstückt oder zu Mittag gespeist haben, könnten sie sich sofort wieder zu Tisch setzen. Kurz, von einem Ende des Tages bis zum anderen sind sie von einem unersättlichen Hunger gequält. Bisweilen, aber selten, wird die Bulimie so excessiv, dass man sie mit demselben Zustande beim Diabetes vergleichen kann. Wie bereits erwähnt, leiden solche Kranke häufig auch gleichzeitig an einer lebhaften Steigerung des Durstes; aber es besteht kein Verhältniss bezüglich der Intensität zwischen diesen beiden Erscheinungen. Immer überwiegt die Bulimie, und die Polydipsie scheint nur eine Consequenz in Folge der vermehrten Zufuhr fester Nahrungsmittel, besonders von Amylaceen, zu sein. Jedenfalls aber ist die Polydipsie immer von untergeordneter Bedeutung. Sehr selten kommt Polydipsie allein ohne gleichzeitige Bulimie vor. — Ausdrücklich muss erwähnt werden, dass im Urine solcher Kranker kein Zucker nachweisbar ist. Man sollte nun glauben, dass unbedingt auf diese gesteigerte Nahrungseinnahme gastrische und Darmkrankungen folgen müssen. Das ist jedoch nicht immer der Fall. Bisweilen, besonders dann, wenn der Zustand sich in die Länge zieht, treten solche Erscheinungen auf. Sie bestehen, was den Magen anlangt, in Schmerz, Blähung, Magenkrampf, Magendrücken, Koliken, Dyspepsie, Säure, Aufstossen, träger Verdauung und Verdauungsstörung, Ekel, Brechneigung und Erbrechen; was den Darm anlangt, in Kollern, häufigen Koliken, Winden, Darmschmerz und besonders in Diarrhöen. Am häufigsten sind die Dyspepsie, das Erbrechen und namentlich die Diarrhöen, und das ist begreiflich, weil die übergrosse Menge der verschlungenen Nahrungsmittel ununterbrochen Indigestionen veranlasst, und man weiss überhaupt, dass die Bulimie was immer für einen Ursprunges die Ursache von mehr oder weniger häufigen und besonders hartnäckigen Diarrhöen ist. Vergebens wendet man oft alle Mittel gegen dieselben an: sie verschwinden nur, um wiederzukehren. Nur wenn der Appetit abnimmt, wenn die Kranken weniger Nahrung zu sich nehmen, dann nehmen sie auch ab. Man sollte also glauben, wenn man die Nahrung

restringirt, so wird man der Diarrh e Grenzen setzen; aber das geht nicht so leicht. Der Appetit ist so krankhaft gesteigert, dass man seinen ungewöhnlichen Forderungen nachgeben muss.

Zu dieser Diarrh e kommen dann sehr oft Koliken und Bauchschmerzen, welche die Kranken ziemlich belästigen, auch wenn sie noch so geringfügig sind. Nur selten tritt zu diesen Erscheinungen auch noch Enterorrhagie hinzu. Es wird schon aus dem Vorhergehenden klar geworden sein, dass die Patienten von dieser übermässigen Nahrungszufuhr keinen Nutzen ziehen. Sie nehmen nicht zu, trotz der Massen, die sie essen. Dies wird um so weniger der Fall sein, wenn zu der Bulimie Fieber sich gesellt, was nach dem oben schon Erwähnten merkwürdigerweise nicht selten geschieht. Ja, es tritt die Bulimie, von dem Fieber abgesehen, auch noch mit anderen, durch die Syphilis veranlassten Erscheinungen, von denen man a priori glauben sollte, dass sie eine Verminderung des Appetites nach sich ziehen, gleichzeitig auf. Diese sind: ein scharf ausgeprägter Zustand von Uebelbefinden, eine sehr tiefgreifende Asthenie, welche jenem Darniederliegen der Kräfte, wie es bei schweren Fiebern beobachtet wird, gleichkommt; mannigfache und peinvolle Schmerzen; eine fast ununterbrochene Schlaflosigkeit; profuse Schweiße; periphere Algidität; mannigfache Nervenerscheinungen und tiefgreifende Störungen in den wichtigsten Functionen des Organismus; schwacher, kleiner Puls u. s. w. — In solchen Fällen ist begreiflicherweise der gleichmässig fortbestehende oder gar noch gesteigerte Appetit gleichfalls ein krankhaftes Symptom. Dass er neben den aufgezählten anderen Erscheinungen vorkommt, braucht nicht Wunder zu nehmen. Das Originelle an der Sache ist die Aehnlichkeit dieses krankhaften mit einem sonst nur im Normalen wahrnehmbaren Zustande.

Die Dauer dieser Erscheinung ist sehr verschieden; sie beträgt gewöhnlich 10—12 Tage, manchmal mehrere Wochen, oder mit Exacerbationen und Remissionen des Zustandes mehrere Monate, ja noch längere Zeit, wenn man auf die Recidiven Rücksicht nimmt.

Weil die Bulimie in der Regel in kurzer Zeit verschwindet, so ist sie als eine keineswegs gefährliche Erscheinung aufzufassen, aber gleichgiltig ist sie natürlich nicht, wegen ihrer obenerwähnten Folgezustände, die sie im Magen und Darmcanal hervorruft. Dann ist zu bemerken, dass sie fast nur bei jener Form von Syphilis auftritt, welche überhaupt zu Nervenerscheinungen f hrt, Erscheinungen, die dann schon

an und für sich ziemlich ernster, häufig gefährlicher Natur oder wenigstens schmerzhaft und oft wiederkehrend sind.

Was die Therapie anlangt, so wird begreiflicherweise die anti-syphilitische Behandlung, aber eine viel energischere, als die sonst übliche, die einzig zu empfehlende sein. Versuchen kann man daneben das Opium, Brom, Antispasmodica überhaupt, Hydrotherapie, Douchen, Schwefelbäder u. s. w. Die Consecutiv-Zustände dieser Erscheinungen werden natürlich nicht früher zu beseitigen sein, als bis ihre Ursache aufgehoben ist. Was man gegen jene thun kann, besteht darin, dass man eine rein palliative Behandlung einleitet.

Es ist nun noch darzulegen, dass der geschilderte Zustand syphilitischen Ursprunges ist, und die Beweise hiefür sind theils negative, theils positive. Zu den ersteren gehört, dass diese ungewöhnliche Steigerung des Appetites bei Kranken beobachtet wurde, welche früher ein intactes Nervensystem hatten, bei denen kein Umstand auf eine frühere latente Hysterie schliessen liess; ferner waren an ihnen keine Chlorosis, kein Diabetes, keine Würmer beobachtet worden; denn die Wurmmittel, welche zur Erforschung, ob Würmer vorhanden seien, in den Fällen verabreicht wurden, deren Abstraction die eben gelieferte Darstellung der Bulimia syphilitica ist, hatten keinen Erfolg; weder gingen Würmer ab, noch verminderte sich die Bulimie bei den betreffenden Kranken. — Eine genaue Erwägung der Verhältnisse hat auch ergeben, dass dieser Zustand keinem medicamentösen oder toxischen Einflusse zuzuschreiben sei. Individuen, welche früher Reizmittel bekommen hatten und darauf von Bulimie befallen worden waren, wurden diese Mittel entzogen, und die Bulimie bestand fort. Es wurde ferner erhoben, dass keine individuelle Ursache, keine Idiosyncrasie dem Leiden zu Grunde liege; mit einem Worte, die Erscheinung konnte auf keinen pathologischen Grund zurückgeführt werden. Es bleibt somit nichts übrig, als, da die befallenen Individuen syphilitisch waren, die Syphilis als Ursache der enormen Steigerung des Appetites anzusehen. — Die positiven Beweise, dass die Bulimie mit der Diathese im Zusammenhange steht, wurden bereits früher bei der Abhandlung über andere Erscheinungen derselben Kategorie citirt. Die in Rede stehende zeigte sich häufig bei Syphilitischen, was doch nicht lediglich ein Werk des Zufalles sein kann; ferner ist sie immer bei Syphilitischen unter denselben Bedingungen wahrnehmbar, nämlich immer in der Periode der Frühformen und fast immer in den ersten Monaten derselben, oft im Beginne derselben und mit

den ersten wahrnehmbaren allgemeinen Erscheinungen, wie das bereits auseinander gesetzt worden ist. Auch das kann kein Werk des Zufalles sein. Ferner treten diese Erscheinungen, wie gleichfalls oben erörtert wurde, zur selben Zeit auf, zu welcher auch andere syphilitische Manifestationen, die besonders das Nervensystem betreffen, beobachtet werden. Wenn nun mehrere gleichartige Erscheinungen gleichzeitig an einem Individuum auftreten, so ist es doch logisch, sie alle auf eine Ursache, im Vorliegenden die Syphilis, zurückzuführen. Schliesslich nimmt die Bulimie denselben Verlauf wie die anderen gleichzeitigen Manifestationen der Diathese und ist überhaupt von der allgemeinen Entwicklung der letzteren abhängig.

Was die Pathogenie und eine genaue Localisation dieses Symptomes anlangt, lässt sich nur hypothetisch annehmen, dass der Grund dieser Erscheinungen weit eher seinen Sitz im Nervensystem, als im Magen habe, dass man nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens die syphilitische Bulimie für eine Neurose halten müsse, und dass sie besonders unter dieser Bedingung sich vollkommen jenen mannigfaltigen Nervenstörungen anreihet, welche die Syphilis namentlich beim Weibe während der Periode der Frühformen hervorruft.

Von den Erscheinungen, welche die Syphilis im Magen- und Darmtractus veranlasst und die sich an die Bulimie anreihen, sind noch die dyspeptischen oder gastrischen Zustände zu erwähnen. Sie sind ziemlich häufig bei den Weibern in den ersten Jahren der Syphilis und werden zum Theil durch den chloranämischen Zustand, durch Asthenie sämmtlicher Körperverrichtungen, welche die Syphilis insbesondere in den Organen des vegetativen Systems hervorruft, begünstigt, und durch die natürliche Anlage der Frauen, namentlich der jungen Frauen, zu Neurosen des Magens gesteigert. — Ferner gehört hieher: das häufige Erbrechen, das sich nach kürzerem oder längerem Zeitraume mit ziemlicher Hartnäckigkeit wiederholt. Man sieht die Kranken, besonders diejenigen, welche eine auffällige Depression, eine Adynamie in Folge von Syphilis erlitten haben, fort und fort ohne bemerkbare Ursache erbrechen. Sie mögen essen und trinken, was sie wollen, sie erbrechen es; der Magen kann nichts verdauen und nichts behalten, wahrscheinlich in Folge von Asthenie. Dieser Zustand trotz oft jeder Therapie hartnäckig und besteht bisweilen mehrere Wochen. Was die Pathogenie anlangt, so lässt sich dieser Zustand ganz deutlich auf die Syphilis zurückführen, sei es dadurch, dass die Kranken früher schon

von ähnlichen evident syphilitischen Manifestationen befallen wurden, oder dass sie mit demselben gleichzeitig auftreten. Manchmal könnte man glauben, dass die angewendeten Medicamente dieses Leiden herbeiführen, aber man beobachtet es auch bei Patienten, welche noch keiner, z. B. mercuriellen, Behandlung unterworfen worden waren.

§ 107. Die Erscheinungen, welche die Syphilis während der Periode der Frühformen in den Eingeweiden hervorruft, bestehen zunächst in Enteralgie, in gewissen mehr oder weniger lebhaften, andauernden Bauchschmerzen, welche in Form von Koliken anfallsweise auftreten, oft den Schlaf stören und sich mit Brechneigung oder Erbrechen vergesellschaften.

Es fragt sich nun, wo ist der Grund dieser Schmerzen zu suchen? Bei genauer Prüfung der Verhältnisse findet man, dass keine Gelegenheitsursache, z. B. ein Diätfehler, eine Erkältung u. s. w. eingewirkt hat, und wenn man den ganzen Unterleib genau untersucht, kann man nichts Krankhaftes entdecken. Die Leber ist normal und schmerzlos; die Milz ist nicht vergrößert; der Uterus und seine Adnexe bieten nichts Abnormes; die Muskeln der Bauchwände können nicht inculpiert werden; man hat es mit keiner gewöhnlichen Neuralgie zu thun; das Peritonäum ist nicht in gereiztem Zustande. Es bleibt somit nichts Anderes übrig, als dass man per exclusionem die Eingeweide als Sitz der Schmerzen annimmt. Berechtigt wird man zu dieser Annahme durch die Natur der Schmerzen, welche sich als tiefsitzende, intermittirende, kolikartige kundgeben. Endlich fehlt die Diarrhœe, jedes Zeichen einer katarrhalischen oder sanguinolenten Excretion, so dass nichts übrig bleibt, als zu supponiren, man habe es hier mit einer Neurose der Eingeweide, mit einer Enteralgie, im engsten Sinne des Wortes, zu thun. Dieser Zustand ist auch mannigfach und wechselnd, wie eine jede andere Neuralgie, und besonders wie die Neuralgien der Eingeweide. Die Schwankungen, die da auftreten, sind durch nichts erklärt; ohne Grund hört der Schmerz auf, ohne Grund wird er wieder lebhaft, wenigstens ohne für uns wahrnehmbaren Grund; er hat auch keine fixe Dauer: bald ist er nur ephemer, bald zieht er sich durch mehrere Wochen hin und manchmal gesellen sich zu ihm auch ähnliche Zustände im Magen. Dann leidet der Kranke an einer Gastro-Enteralgie. Narcotica, wie Belladonna u. s. w. haben auf diese Schmerzen höchstens einen vorübergehenden Einfluss. Aber eine antisypilitische

Behandlung, unterstützt durch Revulsiva, kann das Leiden zuweilen sehr rasch zum Schwinden bringen.

Seltener tritt in Folge von Syphilis wahre Enteritis ein: Es gesellen sich nämlich zu diesen Schmerzen Erscheinungen, welche zeigen, dass sich die Schleimhäute des Darmes in einem entzündlichen Zustande befinden. Dergleichen sind: Diarrhöe, Ausscheidung schleimiger, bisweilen blutig gestriemter Massen, und (wahrscheinlich sympathisch entstanden) Brechneigung und Erbrechen, Empfindlichkeit des Unterleibes wie bei einer Entzündung u. s. w. Die wichtigste und gewöhnlichste dieser Erscheinungen ist die Diarrhöe. Sie ist nie zu übermässig und beschränkt sich auf 6 bis 8 Entleerungen im Tage. Das Entleerte ist gewöhnlich gelb, seltener serös.

Diese Diarrhöe hat folgende Eigenthümlichkeiten: 1. entsteht sie ohne eine Gelegenheitsursache, besonders ohne Einfluss von Medicamenten; 2. ist sie andauernd; sie dauert länger als eine gewöhnliche Diarrhöe, meist mehrere Wochen; und 3. widersteht sie den gewöhnlich gegen die Diarrhöe angewendeten Medicamenten, als dem Laudanum, Tannin, Bismuth, kurz den verschiedenen Adstringentien, merkwürdigerweise aber hat das Quecksilber auf sie einen günstigen Einfluss.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese geschilderte Enteritis das Ergebnis von Eruptionen auf der Schleimhaut des Darmtractes ist, welche den Eruptionen auf der Allgemeindecke analog sind. Doch ist das nur eine Hypothese.

§ 108. Infolge von Syphilis tritt auch oft während der Periode der Frühformen eine Erscheinung auf, deren schon Ricord erwähnt, der Icterus. Er ist nicht sehr häufig und hat eigentlich nichts Specifisches an sich, aber das gewöhnlich gleichzeitige Auftreten mit anderen Erscheinungen der Diathese und das Fehlen von anderen Ursachen, auf die er sonst zurückgeführt werden könnte, lässt annehmen, dass er mit Syphilis zusammenhängt. Die Gelbsucht in Folge von Syphilis kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor, und wird gewöhnlich in den ersten 6 Monaten nach stattgefundenener Infection, bisweilen auch später beobachtet. Häufig, aber nicht immer, bemerkt man sie gleichzeitig mit dem Auftreten von Eruptionen auf der allgemeinen Decke. — Es ist schon gesagt worden, dass der hier in Rede stehende Icterus von jedem durch eine andere Ursache bedingten nicht verschieden ist. Seine Symptome sind: mehr oder weniger intensive, gewöhnlich mittelstarke gelb-

liche Färbung der Haut; icterische Farbe des Urins, welcher die physikalischen und chemischen Eigenschaften des sonst von Gelbsüchtigen gelieferten Harnes hat. Der Stuhl bietet ein verschiedenes Verhalten; meist ist Verstopfung vorhanden und die Faeces sind entfärbt. — Gewöhnlich ist kein Fieber wahrnehmbar, in einzelnen Fällen aber, besonders im Beginne, ist etwas Fieber vorhanden. Mitunter ist ein mehr oder weniger deutlich ausgeprägtes Uebelbefinden gleichzeitig zu beobachten, eine gewisse Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, gastrische Störungen, verminderter Appetit, eine etwas gelbliche Zunge, bitterer Geschmack im Munde, Ekel und zuweilen selbst Brechneigung. Die Leber ist normal und in der Mehrzahl der Fälle schmerzlos, bisweilen jedoch ist ihr Volumen vergrößert und ist sie gegen Druck etwas empfindlich. Diese aufgezählten Symptome sind mannigfachen Variationen unterworfen. Manchmal bietet der Kranke keine andere Erscheinung als icterische Färbung der Haut und des Urins. In anderen, doch selteneren Fällen treten mehr oder weniger heftige Fieber, nicht unbeträchtliche gastrische Störungen und eine förmliche Prostration, ja sogar ein adynamischer Zustand auf.

Auch in Bezug auf Entwicklung und Dauer bietet der durch Syphilis veranlasste Icterus nichts Specielles. Gewöhnlich schwindet er ungefähr in 14 Tagen, manchmal dauert er auch 4 Wochen. Eine längere Dauer aber ist eine seltene Ausnahme. Kurz, es ist ein keineswegs ernst zu nehmender Zustand. Der Verlauf ist folgender: Die Verdauungsstörungen hören auf, dann besteht die gelbliche Färbung noch einige Zeit fort, endlich blasst sie ab und der Kranke ist von diesem Zustande genesen. — Von einigen Autoren aber wird behauptet, dass die in Rede stehende Art des Icterus nicht immer einen so günstigen Ausgang nehme.

Und was ist nun der Grund dieses Zustandes? Als Antwort auf diese Frage haben wir nur eine Hypothese: die nämlich, dass die Leber ebenso wie die anderen Organe durch die Diathese bezüglich ihrer Function ungünstig beeinflusst wird, und es in Folge dessen zu Störungen in der Gallenausscheidung kommt, was zur Gelbsucht Veranlassung gibt.

§ 109. Die verschiedenen Zustände, welche im Vorhergehenden geschildert worden sind, können begreiflicherweise an einem Individuum nicht verlaufen, ohne zu Störungen in der Ernährung zu führen. Indem die Functionen der Assimilations-Organe aufgehoben oder

weniger energisch sind, muss das Gleichgewicht zwischen Einnahme und Abgabe im Haushalte des Organismus gestört werden und die Folge davon eine Gesammtheit von Erscheinungen sein, deren Details nachstehende sind: mehr oder weniger beträchtliche Abmagerung, Verlust an Körpergewicht, Abnahme der Kräfte, Einbusse des Glanzes und der lebhaften Farbe der Haut, allgemeine Verarmung der Oeconomie des Körpers, Atonie in den Verrichtungen der einzelnen Organe, Unterdrückung der Menstruation, Ausfallen der Haare, kurz eine bedeutende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Individuums, und schliesslich droht in äusserst seltenen Fällen, wenn eben sehr viele von den aufgezählten Erkrankungen das Individuum in intensiver Weise befallen, der lethale Ausgang. Diese Ernährungsstörungen werden in den verschiedensten Graden, besonders bei jungen Weibern beobachtet, welche, kaum geschlechtsreif geworden, schon syphilitisch werden, insbesondere dann, wenn sie von lymphatischer, atonischer Constitution sind, wenn ihre Gesundheit ohnehin schon durch eine schlechte Hygiene, durch unzureichende Nahrung, durch eine unregelmässige Lebensweise, durch Schwelgereien, Excesse, Nachtwachen u. s. w. erschüttert ist. Der Kranke geräth da in einen Circulus vitiosus. In Folge der Ernährungsstörungen wird die Syphilis eine maligne und in Folge dessen, dass die Syphilis eine maligne wird, treten Schwächungen in den Verrichtungen einzelner Organe auf, welche ihrerseits Ernährungsstörungen bedingen. Dazu kommt, dass der Körper, weil er geschwächt wird, ausser den Anfällen der Syphilis den Anfällen anderer, mit ihr nicht im Nexus stehender, intercurrirender, vielleicht früher schon im Keime vorhanden gewesener Krankheiten nur schwer widerstehen kann. Und so geschieht es, dass unter dem Einflusse der Syphilis die Scrophulose, Chloranämie, Tuberculose nicht selten die gefährlichsten Dimensionen annehmen, wie das schon oben des Weiteren ausgeführt worden ist.

An und für sich aber kann diese Schwächung der Function der Assimilations-Organe, welche die Syphilis bedingt, manchmal eine vorübergehende, nur einige Monate dauernde sein. Dann bekommen die Kranken wieder ihren Appetit, die Verdauung wird wieder hergestellt, die Haut bekommt ihr normales Aussehen, die Kräfte nehmen zu, die Patienten werden stark. Doch gibt es auch Fälle, wo die Sache diesen Verlauf nicht nimmt, wo die Periode der Ernährungsschwäche sich in die Länge zieht, ein Jahr, anderthalb Jahre und auch länger dauert. Die Folge davon ist bedeutende Abmagerung, excessive Schwäche, ein

ununterbrochener Zustand von Mattigkeit und eine auffällige Deterioration des Gesamtorganismus.

Leider leisten diese Ernährungsstörungen der Therapie hartnäckigen Widerstand. Vergeblich werden oft alle Tonica ins Feld geführt. Es ist nicht möglich, die Ernährung des Kranken und folglich seine Kräfte zu heben. Daher kommt es, dass in vielen Fällen die Syphilis die Gesundheit auf Jahre hinaus ruinirt; daher kommt es, dass die Kranken durch die Syphilis ganz umgewandelt werden. Sie bekommen einen anderen Habitus, sie altern vor der Zeit. Dazu muss noch bemerkt werden, dass jene Formen von Syphilis, welche den geschilderten Charakter haben, nicht immer reich an sichtbaren Zufällen sind, sondern sehr oft sind sie scheinbar ganz gutartig — und doch in Wirklichkeit so verheerend.

§ 110. Wenn die geschilderte Schwächung Fortschritte macht, dann führt sie zur Cachexie. Diese Cachexie ist von einer durch andere Ursachen bedingten nicht verschieden. Im Vorliegenden wird sie natürlich zumeist durch die von Seite der Diathese maligne Beeinflussung der Assimilations - Organe veranlasst. Dass sie bei Frauen häufiger auftritt, als bei Männern, wird nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, dass die Frauen überhaupt schwächer sind, dass sie zur Anämie, zur Entwicklung einer lymphathischen Constitution mehr geneigt sind, dass ihre Gewohnheiten häufiger einer zweckmässigen Hygiene nicht entsprechen, indem sie meist weniger Bewegung machen, eine sitzende Lebensweise führen u. s. w. Schwerer ist schon die Frage zu beantworten, warum es in einzelnen Fällen zur Entwicklung der Cachexie kommt, und in anderen *caeteris paribus* nicht. Oft findet man den Grund in dem Mangel einer zweckmässigen Behandlung, einer zweckmässigen Hygiene, in vorausgegangenen ausserordentlichen Störungen der Gesundheit, in einer von Haus aus schwachen Constitution, in einer durch Excesse, Elend früher bedingten Verarmung des Organismus; manchmal aber fehlen alle diese Umstände, und man sieht, dass Kranke von der Cachexie befallen werden, bei denen man dies am allerwenigsten vorausgesetzt hätte, ohne dass man einen Grund hiefür anzugeben weiss. Es ist schon erwähnt worden, dass die Symptome der syphilitischen Cachexie, sowie die Symptome vieler bereits hier erwähnten Zustände in Folge der Dyscrasie von ähnlichen, nicht durch Syphilis bedingten Zuständen nicht verschieden sind. Der einzige Unterschied besteht nur darin, dass manchmal noch begreiflicherweise zu den Erschei-

nungen der Cachexie auch anderweitige Erscheinungen der Diathese sich gesellen. Man beobachtet demnach an solchen Kranken den Habitus der Consumption, ein hectisches, blasses, leidendes, gealtertes Aussehen. Besonders das letztere findet sich, wie ja schon früher darauf hingewiesen wurde, hier viel häufiger als anderswo. Der Teint ist bleifarben oder gelblich, die Farbe blass, die Augen hohl oder die Augäpfel hervorspringend, die Züge verzerrt, das Gesicht runzelig, die Physiognomie drückt Mattigkeit, Erschöpfung, Schwäche aus; die Haut des Körpers wird erdfahl, trocken, rauh, schilfrig, stellenweise schuppig, Haare und Augenbrauen fallen aus, was von den Haaren stehen bleibt, wird trocken, matt, glanzlos; die Kranken magern ab; das subcutane Fett schwindet völlig; die Muskelmasse nimmt ab. Das ganze Wesen eines solchen Menschen scheint geschrumpft. Begreiflich ist es, dass solche Kranke fortwährend im Bette liegen müssen, den Appetit verlieren, in eine nicht zu beseitigende absolute Anorexie verfallen. Die Verdauungsstörungen, die da auftreten, sind zahlreich und mannigfach: in erster Linie bemerkt man dyspeptische Erscheinungen aller Art, Ekel, Brechneigung und Erbrechen von Nahrungsmitteln, Galle, Schleim und von seröser Flüssigkeit. Kurz, die Kranken können nichts vertragen, abwechselnd tritt Verstopfung und Diarrhöe auf, dann kommt es zu einer ununterbrochenen, nicht zu beseitigenden coliquativen Diarrhöe, bei welcher das Genossene unverdaut abgeht; der Puls wird schwach und klein und ist zuletzt nicht mehr zu fühlen, eine Veränderung, die der Sphygmograph sehr deutlich nachweist. Dann treten vage Schmerzen in den Gliedern und im Stamme auf; der Schlaf wird gestört, die Kranken werden von schweren Träumen gequält, vom Alpdrücken, von nächtlicher Unruhe, von hartnäckiger Schlaflosigkeit. Auch kommt es zu profusen Schweissen. Anfangs leiden die Patienten an einem in unregelmässigen Zeiträumen auftretenden Fieber; später nimmt man an ihnen ein ununterbrochenes hectisches Fieber, aber ohne grosse Hitze, wahr. Endlich wird der Marasmus vollständig, die Zunge wird roth und und trocken, bedeckt sich mit Bläschen. Die Kranken liegen dahin, eine langsame Agonie, bei welcher das Bewusstsein erhalten bleibt, ein allmäliges Absterben erfolgt. Bisweilen wird das Ende durch eine Pneumonie, wie man dergleichen bei Consumtions-Processen überhaupt wahrnimmt, beschleunigt oder durch die sich rasch entwickelnde Lungentuberculose schneller herbeigeführt.

Wie man sieht, unterscheiden sich diese Symptome nicht von

jenen einer aus anderen Gründen entstandenen Cachexie, nur dass sich zu ihnen der Syphilis eigenthümliche Erscheinungen gesellen. Diese gehören aber der Periode der Spätformen an, z. B. ulceröse Syphilide (Ecthyma, Rupia), Gummata, Knochenanschwellungen, Knochenabscesse u. s. w., denn in Fällen dieser Art überstürzen sich die Erscheinungen und die Perioden der Diathese. Es ist begreiflich, dass, wenn die Krankheit einen solchen Verlauf nimmt, die Prognose eine schlechte wird. Gewöhnlich tritt da keine Heilung ein, sondern in einem kürzeren oder längeren Zeitraume der lethale Ausgang. Doch gibt es Fälle, allerdings nur Ausnahmefälle, in welchen auch diese Cachexie in ihrer Weiterentwicklung einhalten und Heilung erfolgen kann, worauf schon Ricord aufmerksam gemacht hat.

Aus dem Gesagten folgt für die Therapie die Regel, dass man die der Cachexie eigenthümlichen Symptome durch die gegen sie gewöhnlich angewendeten Mittel bekämpfen und zugleich gegen die specifische Ursache der Cachexie zu Felde ziehen — d. h. eine anti-syphilitische Behandlung einleiten muss. Letztere besteht im Vorliegenden in Einreibungen, denn sie allein können hier angewendet werden, und diese Applications-Methode des Quecksilbers ist die einzige, welche der erschöpfte Organismus aushält und von der ein Erfolg zu erwarten ist. Man wird mit Klugheit und mit Energie zu Werke gehen müssen und immer bedenken, dass das, was man in Folge der angewendeten Mittel zu fürchten hat, nicht aufwiegt, was allenfalls eintreten könnte, wenn man von den fraglichen Mitteln keinen Gebrauch macht. Sehr häufig sind die Kranken schon so herabgekommen, dass eine vollständige Resorption gar nicht stattfindet. Sie bleiben unempfindlich gegen die Anwendung des Quecksilbers, dessen physiologische Wirkungen sogar ausbleiben können. Anders verhält es sich mit Jod. Dieses Mittel erheischt keine solche Zurückhaltung; es kann im Allgemeinen ohne Furcht den Kranken verabreicht werden, denn es wird auf die Oeconomie des Organismus nur einen wohlthätigen Einfluss üben, indem es den Appetit erweckt und die Verdauungsthätigkeit anregt. In mässigen Dosen, welche den Kräften des Kranken entsprechen, wird es vom Magen leicht vertragen. Im Nothfalle kann man auch noch das Rectum für die Einverleibung des Jod in Anspruch nehmen, indem man den Kranken Clystiere mit Jod oder Suppositorien mit Jod nach Bedarf verabreicht. Neben dem Jod

und neben dem Quecksilber müssen dann noch die *Tonica* zu Hilfe gezogen werden.

§ 111. Die weiblichen Genitalien sind gleichfalls oft in Folge der Syphilis während der Periode der Frühformen mit einem der nachstehenden Leiden, als Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung, behaftet:

1. beobachtet man *Leucorrhöe*. Viele Frauen, welche früher keinen weissen Fluss hatten, bekommen einen solchen, nachdem sie syphilitisch geworden, für verschieden lange Zeit und in verschiedenem Grade. Dieser Zustand ist eine Folge der Chloranämie und der allgemeinen Schwäche, welche die Diathese hervorruft. Es fragt sich: Ist diese *Leucorrhöe* ansteckend; das heisst, ist das *Secret* derselben der Träger des Syphilis-Contagiums? Antwort: Nein. — Andere Forscher lehren das Gegentheil; sie behaupten, dass Impfungen mit dem blenorragischen Secrete einer Syphilitischen einen positiven Erfolg gehabt haben. Die auf solche Weise entstandene Syphilis wird als modificirte Syphilis bezeichnet.

2. Eine andere Erkrankung sind die Neuralgien der Gebärmutter, welche gleichfalls weniger das directe Ergebnis des Einflusses der Diathese, als vielmehr ein Epiphänomenon des durch die Diathese hervorgerufenen Nerven-Erethismus oder chloranämischen Zustandes sind. Man findet syphilitische Frauen, welche, ohne früher ein ähnliches Leiden gehabt zu haben, plötzlich über mehr oder weniger lebhafte Schmerzen in der Gebärmutter, wie man sie bei Hysterischen wahrnimmt, klagen. — Diese Schmerzen sind entweder ununterbrochen, gleichmässig oder exacerbiren zeitweilig, und gehen von einem fixen Punkte, welchen die Kranken sehr genau als in der Medianlinie am unteren Theile des Bauches gelegen bezeichnen, aus. Durch Bewegung nehmen sie zu; touchirt man per Vaginem den Hals der Gebärmutter, steigern sie sich und strahlen gegen die Hüfte, das Kreuzbein, die Schenkel aus; besonders heftig sind sie während der Menstruation. Da man keine Ursache auffindet, auf die man sie zurückzuführen im Stande wäre, so muss man sie für eine Neurose halten, welche mit der Syphilis im selben Nexus steht, wie die anderen bereits erwähnten Neurosen.

3. In Folge der Syphilis treten auch Menstrual-Störungen auf. Man wird sehr vorsichtig sein müssen in der Beurtheilung dessen, ob in einem gegebenen Falle dergleichen Störungen durch die Diathese bedingt sind oder nicht. Denn die Menstruation des Weibes ist ja bekanntlich von sehr vielen Einflüssen abhängig, als: von der Constitu-

tion, von dem Temperament, von dem Gesundheitszustande überhaupt, von Anämie, Chlorose, den Lebensgewohnheiten, der Beschäftigung; dazu kommen noch speciell die Genitalien beeinflussende Ursachen, als: Beschaffenheit des Uterus, Erregungen der Genitalien, Excesse im Geschlechtsgenusse, widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes u. s. w. — Auf zahlreiche Beobachtungen gestützt, behauptet Fournier, dass die Störungen der Menstruation in Folge von Syphilis gewöhnlich geringfügig sind. Manchmal aber sind sie auffälliger und bestehen in Verzögerungen, Unregelmässigkeiten, Verminderungen der Quantität der Blutung, so dass die Menstrual-Flüssigkeit nur einem Fleischwasser gleicht, Verringerung der Dauer, mehr oder weniger vollständiger Unterdrückung, so dass die Syphilitischen bisweilen schwanger zu sein glauben. Manchmal kommen dann nach solchen Pausen in der Menstruation mehr oder weniger heftige Hämorrhagien, welche zu förmlichen Metrorrhagien ausarten, vor. Diese letzteren sind gewöhnlich begleitet von Koliken und von Neuralgien der Gebärmutter und führen zur Erschöpfung der Kranken, indem sie den anämischen Zustand derselben steigern. Begreiflicherweise sind diese Störungen der Menstruation in den meisten Fällen das Ergebnis des directen und indirecten Einflusses der Diathese auf die Oeconomie des Organismus. Die Syphilis schwächt, wie gesagt, meist die Kranken, die Frauen überhaupt, anämisirt sie, und es ist deshalb natürlich, dass die Menstruation abnimmt und endlich ganz aufhört. Man beobachtet dies ja bei jeder Anämie, bei jeder Verminderung der rothen Blutkörperchen, was immer der Grund dieser Zustände sei. Manchmal aber treten die erwähnten Störungen auf, ohne dass aus den vorhandenen oder vorausgegangenen Erscheinungen anzunehmen wäre, der Organismus hätte wirklich so bedeutende Erschütterungen, die jene Folgen nach sich zögen, erlitten. Man bemerkt z. B. solche hartnäckige Verzögerungen der Menstruation und selbst vollständige Amenorrhöe bei Kranken, die gar nicht anämisch aussehen und auch nicht die bekannten Auscultations-Phänomene der Anämie darbieten. In solchen Fällen muss man die geschilderten Zustände auf den directen Einfluss der Diathese zurückführen. Alles bisher Gesagte gilt von jenen Patienten, bei welchen die Erkrankung eine mittlere Intensität hat. Doch treten da eben diese geschilderten Zustände seltener auf; häufig aber sind sie, wenn die Diathese zu ernsten Formen, sogenannten Visceral-Formen, führt. So viel über den Einfluss der Syphilis auf die Menstruation.

§ 112. Auch die Functionen des Uterus als Organ der Fortpflanzung leiden zuweilen durch die Diathese, wie aus dem später Folgenden hervorgeht. Man hat behauptet, dass die Syphilis zur Unfruchtbarkeit führt. Es wurde nämlich beobachtet, dass Frauen mehrere Jahre hindurch unfruchtbar bleiben. Bei Erforschung der Ursache fand man zuweilen nur Syphilis, die als Grund der Sterilität angesehen werden konnte; man hat dann die betreffenden Kranken einer anti-syphilitischen Behandlung unterworfen und nach dem Vollzuge derselben wurden sie, die früher unfruchtbar waren, geschwängert. Diese immerhin seltene Aufeinanderfolge von Ereignissen beweist gar nichts; denn man findet sehr viele syphilitische Schwangere; und wenn Schwangerschaft und Syphilis einander so regelmässig ausschliessen, woher kämen dann die vielen syphilitischen Säuglinge, welche ihre Ammen anstecken. Kurz, Sterilität scheint mit der Syphilis in keinem Nexus zu stehen. — Es fragt sich nun, welchen Einfluss hat die Syphilis auf die Schwangerschaft? Bei vielen Frauen gar keinen; bei vielen aber, besonders wenn sie nicht oder unzureichend behandelt worden sind, wird die Schwangerschaft mehr oder weniger ernst von Syphilis beeinflusst, während anderseits die Schwangerschaft auf die Beschaffenheit einzelner syphilitischer Krankheitsproducte einen eigenthümlichen Einfluss hat. So wird z. B. die Gegend um die Genitalien in Folge der Gravidität vorzugsweise geeignet sein, der Sitz von Schleimhaut-Syphiliden zu werden — wahrscheinlich in Folge der Congestion der Vulva und ihrer Nachbartheile durch abnorme Blutvertheilung, die der vergrösserte Uterus nach sich zieht. Der Congestiv-Zustand wirkt hier als veranlassendes und unterhaltendes Moment. Die Folge davon ist, dass die Schleimhautpapeln bei Schwangeren sehr häufig in den erwähnten Gegenden auftreten und eine Entwicklung erreichen, die manchmal horrend ist. Sie leisten auch während der Schwangerschaft der Therapie hartnäckigen Widerstand, und wenn die Gravidität vorüber ist, nach dem Wochenbette, sieht man sie sich auffallend rasch zurückbilden. Ebenso sind die ulcerösen Syphilide aus gleichen Gründen an den Genitalorganen Schwangerer häufig bemerkbar, haben in solchen Fällen auffällige Tendenz des Fortbestehens, der Vergrösserung, und finden sich deshalb meist hochgradig entwickelt. Es gelingt nur sehr schwer, vor der Entbindung die Vernarbung derselben zu erzielen.

Es ist auch ferner bekannt, dass die Schwangerschaft einen gewissen eigenthümlichen Einfluss auf den Organismus hat, und dieser ist

der Rückbildung der Diathese sehr ungünstig. So kommt es, dass in vielen Fällen Erscheinungen sich bei einem Individuum entwickeln, welche, wenn das Individuum nicht schwanger geworden wäre, sich vielleicht nicht entwickelt hätten; — mit einem Worte, die Schwangerschaft ist eine ungünstige Complication für die Syphilis. Die Schwangerschaft macht meist anämisch, schwächt, disponirt zu Neurosen, stört die Ernährung u. s. w.; und das kann doch der Rückbildung der Diathese nicht förderlich sein. Viele Frauen, welche sonst die Schwangerschaft ziemlich leicht ertragen haben, werden sehr gefährdet, wenn sich zu ihr Syphilis gesellt; sie werden blass, chlorotisch, hydrämisch, schwach, nervös, kurz kränkelnd. Die Syphilis findet natürlich unter diesen Verhältnissen einen günstigen Boden und die nervösen und splachnischen Erscheinungen, welche im Früheren zur Sprache gekommen sind, entwickeln sich bei Kranken dieser Art viel leichter. Man bemerkt bei ihnen viel häufiger als sonst Asthenie der Functionen, Trägheit der Verdauung, Appetitlosigkeit, Dyspepsie, Erbrechen, Palpitationen, Fieberanfälle, manchmal continuirliche Fieber mit Paroxysmen, (so dass es den Anschein hat, als hätten die Kranken einen Typhus) Nervenzufälle, Kopfschmerz, Neuralgien, Schlaflosigkeit, Congestionen, periphere Algidität, Muskelkrämpfe, Convulsionen, verschiedene Schmerzen, mannigfaltig in Bezug auf Sitz und Beschaffenheit, besonders nicht genau zu bestimmende Schmerzen im Unterleib, Hysteralgien mit Ausstrahlung gegen die Hüften, das Becken, die Leisten u. s. w. Man sieht, dass sehr viele Syphilitische in Folge der Diathese eine äusserst mühselige Schwangerschaft haben, reich an Schmerzen, unangenehmen Zufällen, örtlichen Leiden, allgemeinen Erkrankungen, welche ein Mixtum compositum von Syphilis und Molimen graviditatis sind. Die Folge davon wird natürlich sein, dass häufig das normale Schwangerschaftsende nicht erreicht wird. Es kommt entweder zur Frühgeburt oder gar zum Abortus, und man kann behaupten, dass die Syphilis eine der häufigsten Ursachen des Abortus ist. Aus dem Grunde mögen hier noch einige diesbezügliche Erörterungen Platz finden.

Die Syphilis disponirt am meisten während der Periode der Frühformen zum Abortus, und zwar findet man ihn aus dem angeführten Grunde in dem Zeitraume zwischen dem 4. bis 12. Monate nach stattgefundenener Infection sehr häufig. Von grosser Wichtigkeit ist der Umstand, dass der Abortus in Folge von Syphilis

auch viele Jahre nach stattgefundener Infection **noch** auftreten kann. — Es ergibt sich daraus die Regel, dass man bei einem Abortus, der auf eine bestimmte Ursache nicht zurückzuführen ist, genau zu untersuchen hat, ob nicht eine längst vorhanden gewesene, vielleicht schon von der Patientin vergessene Syphilis die Ursache sei. — Es ist ferner zu berücksichtigen, dass gewisse Formen der Diathese, welche entweder durch zahlreiche Manifestationen oder durch Erscheinungen von bedeutender Intensität ausgezeichnet sind, insbesondere durch Formen, bei denen es zur Entwicklung von splanchnischen Erscheinungen kommt, zum Eintreten des Abortus namhaft disponiren. Sind die Manifestationen der Diathese leicht, so findet man den Abortus nicht so häufig, aber eintreten kann er doch. Daraus ergibt sich, dass man auf die Leichtigkeit der syphilitischen Erscheinungen keine Prognose in Bezug auf die mögliche Erreichung des normalen Schwangerschaftsendes stellen darf, und weiters, dass man selbst in scheinbar leichten Fällen es nicht verabsäumen darf, alle Mittel aufzubieten, wenn man haben will, dass die Frauen jenes Ziel erreichen sollen. Es ist wegen der Wichtigkeit der Sache nöthig, auch hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Fehlgeburt ohne ein gleichzeitig vorhandenes anderweitiges Symptom von Syphilis auftreten kann, gewissermassen als einziger Ausdruck der Diathese, welche im Uebrigen, wie man sagt, latent ist, nachdem deren zuletzt wahrgenommene Erscheinungen längst geschwunden sein können.

Es sei noch gestattet, die wichtige Frage zu erörtern, ob die Syphilis, welche der Schwangerschaft vorhergeht, eher zum Abortus führt, als Syphilis, welche der Conception folgt. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine Syphilitische, welche schwanger wird, dem Abortus mehr ausgesetzt ist, als eine Schwangere, welche syphilitisch wird. Die meisten Fehlgeburten in Folge von Syphilis entwickeln sich eben dadurch, dass die Diathese vor der Conception erworben worden ist. Selten führt *caeteris paribus* eine Ansteckung im Verlaufe der Schwangerschaft zur *fausse couche*, und zwar um so seltener, in einer je späteren Periode der Schwangerschaft die Ansteckung erfolgte. Noch muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass in Folge von Syphilis nicht bloss Ein Abortus auftritt, son-

dern, und das ist nicht selten, eine ganze Reihe von Fehlgeburten. Glücklicherweise zeigt sich die anti-syphilitische Therapie in den hieher gehörigen Fällen sehr wirksam. Wenn man eine Syphilitische, welche ein oder mehrmal in Folge der Diathese *fausse couche* gemacht hat, einer anti-syphilitischen Behandlung unterwirft, so kann man nicht selten die Wahrnehmung machen, dass sie, nach Vollzug dieser Behandlung schwanger geworden, ein lebendes und gesundes Kind zur Welt bringt. Daraus folgt die für die Praxis wichtige Lehre, dass man in Fällen, wo mehrmals hintereinander Abortus stattgefunden hat, Verdacht auf Syphilis hege und sofort eine specifische Behandlung einleiten müsse, in Folge deren es möglich ist, dass dann die Schwangerschaft ein normales Ende erreichen könne.

Es bleibt noch zu erwägen, ob syphilitische Frauen mehr zu Puerperal-Processen disponirt sind, als andere. Man hat geglaubt, dass, weil die Syphilis eine Dyscrasie, eine Bluterkrankung ist, Metrorrhagien im Wochenbette Syphilitischer häufig sein müssen. Aber die Beobachtung hat diese theoretische Annahme nicht bestätigt. Im Gegentheil hat man einen auffallenden Unterschied im Verlaufe des Wochenbettes bei Syphilitischen, sei es nach einem Abortus, oder einem *partus praematurus*, oder nach einer Geburt am normalen Schwangerschaftsende nicht wahrgenommen.

Eines aber muss hervorgehoben werden, dass, sowie die Schwangerschaft einen nachtheiligen Einfluss auf die Syphilis im Allgemeinen und auf die Entwicklung und Rückbildung einzelner Producte derselben insbesondere, wie das Oben auseinandergesetzt wurde, hat, so ist das Wochenbett von einem günstigen Einfluss auf die Beseitigung der durch die Diathese gesetzten Zustände. Es bilden sich z. B. die mucösen Syphilide der Genitalien, von denen oben gesprochen wurde, in auffallender Weise zurück; die erwähnten ulcerösen Syphilide kommen ungemein rasch zur Vernarbung, sowie sich der gravide Uterus seines Inhaltes entledigt hat. Mit einem Schlage werden diese Zustände, die früher hartnäckig waren, gutartiger Natur und leicht zu beseitigen. Aber auch das Allgemeinbefinden der Syphilitischen ändert sich rasch und beträchtlich nach Ablauf der Schwangerschaft. Die Kräfte nehmen wieder zu; die Kranken färben sich lebhafter; der Appetit erwacht; der Nerven-Erethismus beruhigt sich; mit einem Worte, anstatt des früheren Uebelbefindens tritt ein relatives Wohlsein ein. Man könnte es mit einer Reconvalescenz nach einer mehr oder weniger ernsten

Krankheit vergleichen; kurz: war die Syphilis während der Schwangerschaft eine maligne, so wird sie durch die Entbindung, man könnte sagen, eine gutartige, ohne dass sie jedoch in Bezug auf die weiteren Folgen für die Zukunft des Kranken sich ändert.



III. ABTHEILUNG.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

Krankheit, verzeichnen; kurz: war die Syphilis während der Schwangerschaft eine mäßige, so wird sie durch die Entbindung, man könnte sagen, eine gutartige, ohne dass sie jedoch in Bezug auf die weiteren Folgen für die Zukunft des Kindes sich ändert.

Die Syphilis ist eine Krankheit, die in der Regel in drei Stadien verläuft. Im ersten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einem Ausschlag auf, der sich meistens an den Extremitäten zeigt. Im zweiten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einer Entzündung der Schleimhäute auf, die sich meistens an den Genitalien zeigt. Im dritten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einer Entzündung der Knochen auf, die sich meistens an den Extremitäten zeigt. Die Syphilis ist eine Krankheit, die in der Regel in drei Stadien verläuft. Im ersten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einem Ausschlag auf, der sich meistens an den Extremitäten zeigt. Im zweiten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einer Entzündung der Schleimhäute auf, die sich meistens an den Genitalien zeigt. Im dritten Stadium tritt die Krankheit in der Regel mit einer Entzündung der Knochen auf, die sich meistens an den Extremitäten zeigt.

I. CAPITEL

III. ABTHEILUNG.

Diagnostik der Syphilis. Periode der
Frühformen.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der
Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühfor-
men insbesondere.

III. ABTHEILUNG.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der
Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühfor-
men insbesondere.

I. CAPITEL.

Diagnostik der Syphilis während der Periode der Frühformen.

§ 117. Nachdem im Früheren die Entwicklung der Syphilis im Organismus während der Periode der Frühformen im Detail besprochen wurde, soll nunmehr die Diagnostik der abgehandelten Krankheitsercheinungen erörtert werden.

Um ein Symptom als ein wirklich durch die in Rede stehende Dyscrasie bedingtes zu erkennen, halte man sich zunächst vor Augen, dass es bei dieser Diathese meistens oder wenigstens häufiger als bei jeder anderen nicht zur Entwicklung nur eines einzigen Symptoms, sondern gewöhnlich einer ganzen Gruppe von Symptomen kommt, die jenen im Vorigen ausführlich geschilderten charakteristischen Verlauf nehmen. Diesen Umstand wird man besonders in zweifelhaften Fällen berücksichtigen müssen. Es sei hier ferner wiederholt darauf hingewiesen, weil dies in Anbetracht der Wichtigkeit der Sache nicht oft und nicht nachdrücklich genug geschehen kann, dass die Erscheinungen der Lues sich zu einander, wie ein mit Regelmässigkeit Vorhergehendes, zu einem mit Regelmässigkeit Nachfolgendem verhalten, und auf dieses Verhalten die Diagnose basirt sein muss. Es wird also eine pathologische Veränderung in irgend einem Gewebe mit Sicherheit, als durch Syphilis bedingt, bezeichnet werden können, wenn entweder gleichzeitig andere evident syphilitische Erscheinungen an dem betreffenden Individuum zu demonstrieren sind, oder wenn andere vorhanden gewesene evident syphilitische Manifestationen

wahrgenommen wurden, oder wenn derartige dem in Frage stehenden Leiden folgen. Man wird also auch aus diesem Grunde auf ein Symptom allein die Diagnose Syphilis nicht basiren, weil das, wie schon so oft gesagt worden ist, die Quelle vieler verhängnisvoller Irrthümer werden kann. Um diesen auszuweichen, müssen deshalb immer jene anderen Manifestationen gesucht werden, und liegt wirklich eine syphilitische Erkrankung vor, dann wird man sie auch fast immer finden.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass es nicht immer möglich sein wird, bei einer als syphilitisch anzusprechenden Erkrankung, die ihr vorausgegangene gleicher Ursache entstammenden Krankheitserscheinungen nachzuweisen, oder gewissermassen den Verlauf der Diathese, den sie in einem gegebenen Falle genommen hat, aus der Anamnese zu reconstituiren. Beim Manne wird man es noch eher können, als beim Weibe; denn die Männer verschweigen ihre Antecedentien bezüglich des zu erörternden Gegenstandes nicht so häufig, als die Weiber. Sie können sich auch leichter als die Weiber beobachten, während den letzteren die Wahrnehmung manches wichtigen Symptomes, an den Genitalien z. B., entgeht. Endlich sind die Männer in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch über das Wesen der Krankheit, über die Gefahr, die sie mit sich bringt, besser unterrichtet und scheuen vor nichts zurück, um sich von ihr zu befreien. Bei den Weibern aber gestaltet sich die Sache häufig ganz anders. Sie können den Arzt durch Mittheilung ihrer Antecedentien sehr oft selbst beim besten Willen nicht so aufklären, wie die Männer; denn, wie aus dem Früheren hervorgeht, sind sie weniger aufmerksam, weil weniger vertraut mit der Existenz des Leidens. Während der Mann aus Gesprächen, durch die Lecture populärer medicinischer Schriften, die Symptome und Folgen der Krankheit kennt, sind die Frauen, selbst wenn sie einzelne Symptome wahrnehmen, von denselben gar nicht beunruhigt, weil ihnen die Tragweite derselben unbekannt ist. Als Beweis gilt, dass die Syphilophobie bei Männern sich häufiger findet, bei Weibern fast nie. Dann werden ganze Gruppen von Erscheinungen, die nervösen und splanchnischen z. B., von den Frauen gewohnterweise ganz anderen Ursachen zugeschrieben. Schliesslich gibt es eine Menge Patientinnen, welche selbst, wenn sie von ihren syphilitischen Antecedentien Kenntniss haben, dieselben dem Arzte doch nicht entdecken. Man muss sagen, dass die Weiber in diesem Punkte schamhafter sind, als die Männer, da fast keine Frau gerade heraus ihrem Arzte gesteht,

Manifestationen der Lues an sich wahrgenommen zu haben, und dass die Weiber bestenfalls den Arzt das Vorhandengewesensein derartiger Symptome aus ihren Angaben errathen lassen. Das eben Gesagte ist für jeden Untersuchenden so wichtig, dass beispielsweise folgendes landläufiges Moment der Anamnese betrachtet werden soll. Frägt man eine Frau bezüglich eines etwa vorhanden gewesenen „Schankers“ aus, bekommt man gewöhnlich gar keine oder keine genügende Auskunft; denn entweder ist er ganz unbemerkt entstanden und vergangen, oder er ist wohl bemerkt, aber nicht richtig gedeutet worden. Die Kranken gestehen z. B. in diesem Punkte höchstens zu, ein „Ass“ (Finne) an sich beobachtet zu haben. Ebenso wird man bezüglich der Gesammtheit und Entwicklung der späteren Erscheinungen der Lues, die sich an einer Frau bis zum Tage der Untersuchung vollzogen haben kann, nur sehr unvollständige, verstümmelte, verschwommene, dunkle, unzusammenhängende Angaben erhalten.

§ 118. Was die Feststellung des jedesmaligen Status quo anlangt, rath Fournier, dass man, um sich die Untersuchung bedeutend zu erleichtern, die Erscheinungen, welche man erforscht, in zwei grosse Gruppen sondert, in solche, welche der Syphilis eigenthümlich sind, wie z. B. der „Schanker“, die Syphilide der Schleimhaut oder die Gummata u. s. w., und in solche, welche auch bei anderen Krankheiten beobachtet werden, z. B. die Neuralgien, die rheumatoiden Kopfschmerzen, Iritis, Lähmungen, Herzklopfen, Zittern, die Störungen in der Menstruation, Abortus u. s. w. Die ersteren werden natürlich leicht in Bezug auf ihr Wesen zu erkennen sein, bieten aber auch manchmal Schwierigkeiten. Die letzteren bieten natürlich in dieser Beziehung noch mehr Schwierigkeiten und das ist eben der wichtigste Theil der Diagnose, um zu erkennen, ob irgend ein bestimmtes Leiden specifischen Ursprungs sei oder nicht, weil ja davon die Einleitung einer zweckmässigen Therapie abhängig ist. Man muss nun in Bezug auf diese zweite Categorie von syphilitischen Erscheinungen besonders vorsichtig sein, weil man sonst sehr leicht Fehler zweifacher Art begehen kann. Entweder kennt man die Antecedentien des Kranken und nimmt auf dieselben keine Rücksicht — oder man kennt sie nicht und kümmert sich auch um sie nicht weiter und nimmt in Folge dessen irrthümlich als Grund der zu diagnosticirenden Uebel einen von dem wahren ganz verschiedenen an. So werden z. B. syphilitische Neuralgien tagtäglich für Neuralgien gewöhnlicher Natur ge-

halten, syphilitische Kopfschmerzen für eine Migräne, rheumatoide Schmerzen syphilitischen Ursprungs für nervöse Schmerzen, syphilitische Fieber, Kältegefühl, Zittern, Icterus für ähnliche Erkrankungen aus anderen Gründen, syphilitische Choroiditis oder andere tiefliegende Ophthalmien dyscrasischen Ursprunges für anderweitig bedingte u. s. w. genommen. Wenn also die Syphilis ein solches Symptom, welches auch bei anderen Dyscrasien sich vorfindet, producirt, dann kann es nach dem Vorigen geschehen, dass der Grund desselben unbeachtet und die Syphilis unentdeckt bleibt, und das ist nicht selten der Fall, denn manchmal erzeugt die Lues zu einer gegebenen Zeit nur ein solches Symptom, das auch bei anderen Erkrankungen sich findet, ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines anderen, nur ihr eigenthümlichen. Wenn zufälligerweise mehrere Symptome dieser zweiten Kategorie gleichzeitig vorhanden sind, dann kann das eine durch das andere bezüglich seines Wesens richtig gedeutet werden. Nicht selten aber ist eine solche Combination in den zu diagnosticirenden Fällen nicht vorhanden, und ein derartiger Casus gehört dann immer zu den am schwierigsten zu deutenden, zu den die Vorsicht und Umsicht des Arztes am meisten erheischenden. Man muss sich demgemäss immer vor Augen halten, es sei möglich, dass die Syphilis zu irgend einer Zeit ihrer Entwicklung sich nur durch solche Symptome zu erkennen geben kann, wie wir sie auch bei anderen Dyscrasien wahrnehmen, und dass auch manchmal nur ein einziges derartiges vorhanden sein kann.

§ 119. Mitunter kann es Einem passiren, dass man ein Individuum vor sich hat, welches mit einer unzweifelhaft syphilitischen Krankheiterscheinung behaftet ist, aber mit einer solchen, welche erst im Verlaufe der Entwicklung der Diathese auftritt, und alle Mühe sowohl durch Untersuchung, als auch durch die Erhebung der Anamnese die Vorläufer dieser Manifestation der Dyscrasie zu eruiren, bleibt vergebens, und doch drängt es sich dem Untersuchenden auf: das Symptom, welches man vor sich hat, müsse ein syphilitisches sein; wird man sich in einem solchen Falle von seinem Urtheile durch die negativen Ergebnisse der Erhebung des Status ante abbringen lassen und sagen, es könne nicht der Lues angehören, weil der Kranke behauptet, andere luetische Krankheiterscheinungen, die dem fraglichen vorausgehen müssten, an sich nicht wahrgenommen zu haben, und weil auch keine Spur von denselben sich finden lässt? Antwort: Nein! In solchen Fällen, wo

die Natur eines Symptoms unzweifelhaft ist, ist das Urtheil des Arztes erhaben über die Angaben des Kranken. Denn wissentlich oder unwissentlich kann der Patient behaupten, niemals eine jener aufklärenden Manifestationen der Dyscrasie an seinem Körper beobachtet zu haben. Wissentlich oder unwissentlich! Das letztere ist beinahe eben so häufig, wie das erstere, und das ist begreiflich, wenn man bedenkt, worauf in den früheren Abschnitten wiederholt hingewiesen worden ist, dass der „Schanker“ sehr leicht für ein anderes Leiden gehalten oder auch gar nicht wahrgenommen werden kann, dass die Syphilide der Haut z. B. kein Jucken, keinen Schmerz verursachen, oft an Körpertheilen auftreten, die der häufigen Besichtigung und dadurch der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung entgehen. Das gilt besonders von der Roseola. Andererseits können syphilitische Erkrankungen der Haut für Dermatonosen anderer Art, z. B. für Eczeme u. s. w. gehalten werden. Ebenso können die Schleimhaut-Syphilide, besonders wenn sie nicht sehr intensiv sind, für Aufschürfungen, Aften u. dgl. gelten; wenn sie an Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut oder in der Nachbarschaft derselben vorkommen, sieht man sie häufig, wie schon erwähnt, für „Asse“ an; wenn sie nicht schmerzhaft sind, so entgehen sie oft vollends der Aufmerksamkeit des Kranken. Die Angina syphilitica kann z. B. mit einer ganz gewöhnlichen Angina, welche die Folge einer Erkältung ist, verwechselt werden. Die Drüsenerkrankungen, für den Arzt so wichtige Manifestationen der Diathese, werden oft der Wahrnehmung des Patienten entgehen, weil sie nicht schmerzhaft sind; die zerstreut stehenden, spärlich auftretenden, nicht juckenden Eruptionen der behaarten Kopfhaut entziehen sich der Beobachtung, sogar das Ausfallen der Haare wird, weil es häufig nur auf eine kurze Zeit beschränkt und nicht besonders intensiv ist, leicht von dem Kranken ganz anderen landläufigen Ursachen zugeschrieben. — Vielfach ist schon erwähnt worden, dass Störungen im Nervensystem, obschon sie durch Syphilis bedingt sind, häufig von Aerzten und wie viel mehr von Laien nicht mit der Diathese in Zusammenhang gebracht werden. Wie sollte auch einem Nichtarzte es einfallen, dass eine Lähmung des Auges oder des Gesichtes, hysterischen ähnliche oder epileptiforme Anfälle, Herzklopfen und Neuralgien mit Lues in einem Nexus sind, u. s. f. — Es kann also ein Kranker alle oder die hervorragendsten Erscheinungen der in Rede stehenden Dyscrasie an sich erlebt und zum Theil auch wahrgenommen haben, ohne eine Ahnung zu haben, dass er syphilitisch wäre,

und so kann es geschehen, dass man häufig von den Kranken die Behauptung hört, sie seien nie syphilitisch gewesen, und doch schildern sie dem Arzte ganz deutlich die an ihrem Körper vorhanden gewesenen Manifestationen der Diathese. — Auch das ist möglich, dass die Patienten behaupten, keine Syphilis gehabt zu haben, weil ihnen der seinerzeit behandelnde Arzt gesagt hat, sie wären nicht mit der Diathese behaftet und den damals wahrnehmbaren Erscheinungen eine andere Ursache unterlegte, theils um die Kranken nicht zu beunruhigen, oder aus diesem oder jenem Grunde. Aus allem dem geht hervor: bei der Diagnose auf Syphilis halte man sich lediglich an die Symptome, welche man vor sich hat und lege kein Gewicht darauf, wenn der Kranke läugnet, jemals Syphilis gehabt zu haben.

II. CAPITEL.

Ueber Prognose der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

§ 120. An die Erörterung der Art und Weise, wie man die Diagnose auf die Frühformen der im Vorliegenden abgehandelten Dyscrasie zu stellen hat, welchen Schwierigkeiten dieses Unternehmen ausgesetzt ist, welche Fehler dabei zu vermeiden sind, reiht sich die Besprechung der Prognose dieser Zustände.

Man muss auch in dieser Beziehung bedenken, dass in keinem Falle alle Erscheinungen der Diathese an einem Individuum wahrgenommen werden. Manchmal sind die Symptome ziemlich zahlreich und es fehlen nur wenige zur Vervollständigung des Bildes, aber sie fehlen doch. Dies vorausgesetzt, muss man sich daran erinnern, dass schon darauf hingewiesen wurde: die Prognose müsse in den einschlägigen Fällen eine zweifache sein; sie beziehe sich nämlich auf jene Gefahren, welche direct der Diathese entstammen und auf jene anderen, welche mit ihr indirect zusammenhängen, die wohl gelegentlich auftauchen können, oder auch nicht. Die directen Gefahren sind diejenigen, welche das Ergebnis der specifischen Symptome der Syphilis sind; die indirecten Gefahren sind oft viel grösser als jene und rühren von dem Einflusse her, welchen die Diathese auf Krankheiten oder auf krankhafte Anlagen eines inficirten Individuums ausübt. Es ist von letzteren schon vielfach die Rede gewesen, nur sei hier noch wiederholt, dass sie die Prognose der Dyscrasie compliciren und meist trauriger gestalten, als sie an und für sich wäre. Sie sind häufig wichtiger und ernster als die Syphilis selbst und erheischen immerhin die

Aufmerksamkeit des Arztes bei der Wahl der einzuschlagenden Therapie. Klinische Beobachtungen haben ergeben, dass, wie schon auseinandergesetzt wurde, die Syphilis eine Veranlassung zur Entwicklung oder Verschlimmerung für solche Krankheiten anderer, von ihr verschiedener Art ist, die im Verlaufe der Diathese auftreten. Die im Vorliegenden abgehandelte Dyscrasie vermindert die Resistenz des Organismus, steigert dadurch die Empfänglichkeit für Krankheiten, erhöht die Prädisposition und ebnet anderen, vielleicht im Geheimen vorhanden gewesenen Diathesen den Weg. So kommt es, dass sie zur Scrophulose, Tuberculose führt, an welchen Krankheiten Individuen zu Grunde gehen können, die ohne Dazwischenkunft der Syphilis vielleicht von den angeführten Leiden gar nicht befallen worden wären. Man muss gestehen, dass sonst zu wenig Gewicht auf diesen Umstand gelegt wird.

§ 121. Was nun die Prognose der Syphilis selbst anlangt, so ist sie zweifach: 1. die Prognose, welche sich auf die eben vorhandenen Symptome bezieht und 2. die Prognose, welche — (mit Rücksicht auf den in einem gegebenen Falle vorliegenden Status praesens) der Diathese als solche, somit auch der Zukunft des Kranken gestellt werden kann. Die letztere schliesst natürlich die Periode der Spätformen mit ein. Sie erstreckt sich auf Ereignisse, welche den Kranken viele Jahre nach dem Auftreten der Infection betreffen können und zu der Diathese in Beziehung stehen. Die erste Art von Prognose wird leicht zu machen sein, wenn man die Symptome, welche vorhanden sind, das Allgemeinbefinden des Kranken, den Einfluss, welchen eine eingeschlagene Therapie ausübt, u. s. w. berücksichtigt. Die andere Prognose bleibt aber immer schwankend, und gerade sie erregt unter Umständen noch mehr Interesse. Zu diesem Behufe muss man in Erwägung ziehen, in welcher Periode der Syphilis dieselbe als heilbar erkannt werden kann. Während der Zeit der Entwicklung der Initial-Symptome ist für den Kranken nichts zu fürchten; während der Periode der Frühformen ist auch in der Mehrzahl der Fälle der Kranke in keiner Gefahr, aber während der Periode der Spätformen ist er es.

Denn während der Periode der Initial-Symptome hat der Patient ein örtliches, geringfügiges, unbedeutendes Leiden und eine dem entsprechende gutartige Adenopathie. Wenn ja einmal Phagedaen auftritt, welche, nebenbei bemerkt, bei Weibern seltener beobachtet wird, dann ist die Sache allerdings sehr ernst, aber in der Regel ist, wie gesagt, das Leben nicht bedroht. Während der Periode der Frühformen ist

die Syphilis auch nicht das Leben gefährdend. Die mannigfachen, sichtbaren, das Leiden Anderen offenbarenden, mitunter sehr schmerzhaften Symptome schwinden meist unter einer zweckmässigen Behandlung und lassen im Allgemeinen keine Gefahr voraussehen. Nur drei Erscheinungen können um diese Zeit besorgniserregend werden: 1. die Augen-Affectionen, besonders die in der Tiefe ihren Sitz habenden; diese können zur Blindheit führen; 2. der Abortus bringt wohl dem Individuum nicht so viele Gefahren, aber er ist im kleinen Kreise der Familie ein Anlass zur Trauer und dem grossen Kreise der Gesellschaft eine Calamität; 3. die Ernährungsstörungen, das sind die gefährlichsten Erscheinungen der Syphilis in der Periode der Frühformen, und zwar aus zwei Gründen: erstens können sie zu einer andauernden Schwächung des Organismus führen und dann vermindern sie die Resistenz des Organismus gegen die Symptome der Syphilis, gegen anderweitige, den Patienten während des Verlaufes der Diathese befallende Krankheiten und gegen die Entwicklung krankhafter Keime. Aber diese verschiedenen Zufälle sind während jener Periode nicht häufig und können mit Erfolg durch die Therapie bekämpft werden. Endlich wird es nur ausnahmsweise vorkommen, dass sie die Existenz des Individuums für immer in Frage stellen.

§ 122. Es bleibt also nur die Periode der Spätformen als diejenige, welche wahrhafte Gefahren für den Kranken birgt; denn während ihres Verlaufes entwickeln sich ulceröse und destructive Erkrankungen, welche die Gewebe in der Tiefe ergreifen und zu unersetzbaren Verlusten, zu unheilbaren Verwüstungen, zu immerwährend andauernden Schwächungen führen. Während dieser verhängnisvollen Periode werden die Eingeweide des Kranken ergriffen und die wichtigsten Functionen des Körpers beeinträchtigt, so dass das Leben bedroht ist; Knochen, Muskeln, Hoden, Larynx, Lungen, Leber, Nieren, Herz, Hirn, Rückenmark u. s. w. können da erkrankt sein und nichts ist in dieser Periode gleichgiltig, das Unscheinbarste kann dem Patienten gefährlich werden, wenn es nicht behandelt wird, und bisweilen wird auch dann noch mancher Zustand der Kunst spotten. Man sieht demnach, dass die Prognose der Syphilis eigentlich auf eine Prognose der Periode der Spätformen zurückzuführen ist.

Zur Prognose der Frühformen an sich wird sich also, wie gezeigt, eine Prognose der Zukunft des Kranken, die viel wichtiger ist

und welche der Arzt bei der Entwerfung eines therapeutischen Planes berücksichtigen muss, gesellen.

Einen Leidenden von seinen syphilitischen Initial-Symptomen befreien, ist nicht von Bedeutung; die Frühformen beseitigen, ist der kleinste Theil dessen, was man ihm zu leisten hat; das Auftreten der Spätformen hintanhaltend oder, falls dies unmöglich war, die vorhandenen beseitigen, das ist der Zweck, den man anstreben soll. Im praktischen Leben ist also die Frage bezüglich der Prognose so zu stylisiren: „Wird der Kranke, welcher gerade Gegenstand der Behandlung ist, von Spätformen befallen werden, oder nicht?“ Leider fehlen uns alle Anhaltspunkte für die Beantwortung dieser Frage. Man kann nur günstige oder ungünstige Vermuthungen aufstellen, mehr oder weniger fest begründete Hoffnungen hegen; aber mit Gewissheit eine Antwort auf oben gestellte Frage zu geben, ist in keinem Falle möglich.

§ 123. Man hat wohl früher von gutartiger und bösertiger, starker und schwacher Syphilis gesprochen. Es ist wahr und geht auch zum Theil aus dem bereits Erörterten hervor, dass die Dyscrasie verschiedene Grade hat, verschieden bezüglich ihrer Symptome, Entwicklung und Wichtigkeit derselben. Es fragt sich: ist es möglich, die Lues eines Kranken so weit zu ergründen, dass man sie in eine der erwähnten Kategorien einreihen könnte? Man hat gesagt, das sei sehr leicht möglich. Das richte sich nach der Quelle der Ansteckung, nach dem Charakter der primären Erkrankung, nach der Dauer der Zeit der Incubation, nach der Beschaffenheit der ersten Erscheinungen der Allgemeinerkrankung, nach der Anzahl, Beschaffenheit, Intensität der weiteren Manifestationen der Diathese, nach dem Entwicklungsgrade gewisser anderer Symptome, z. B. der Adenopathie, Alopecie, Onychie u. s. w. So hat man geglaubt, dass die Syphilis eine leichte sei und dass sie sich rasch erschöpfe, wenn die Quelle der Ansteckung eine Frühform oder wenn der nach der Infection sich zeigende „Schanker“ ein erosiver, seine Induration eine geringfügige war; wenn die zuerst auftretenden Ausschläge gutartig, die später auftretenden wenig zahlreich waren, nicht viele Efflorescenzen brachten und in langen Intervallen sich zeigten. Andererseits hielt man die Syphilis eines Kranken für schwer und lange andauernd, wenn die Quelle der Ansteckung ein „Schanker“ war, wenn die Incubation dieses pathologischen Productes eine kurze, wenn der erworbene „Schanker“ ulcerös und stark indurirt, wenn das

erste syph. Exanthem, welches den Kranken befiel, ein anderes war, als ein einfaches Erythem, wenn sich viele Ausschläge in kurzen Zeiträumen folgten, u. s. w.

Was ist nun von dem Gesagten zu halten? Gleich für den ersten Punkt ist zu bemerken, dass, wenn man den Ausspruch als ein Axiom hinstellen wollte, die einem „Schanker“ entstammende Syphilis eines Kranken sei eine schwere, die einer Frühform entstammende sei eine leichte, dann müssten genau geführte statistische Tabellen von Fällen vorliegen, in denen man Notirungen über vorgenommene Confrontation und über genaue Beobachtung des stattgefundenen Verlaufes gemacht hat. Dieses Substrat fehlt aber vollständig. Also möglich ist es, dass die oben aufgestellten Behauptungen richtig seien, aber erwiesen sind sie nicht. Man wird darum keine Prognose auf die Kenntniss der Quelle der Ansteckung hin in einem gegebenen Falle machen können. Ebenso verhält es sich mit dem zweiten Punkte, dass die Syphilis eines Kranken, welche einem „Schanker“ folgt, der bald nach einem inficirenden Coitus auftritt, eine schwere sei, und diejenige, welche im Gegentheile einem „Schanker“ folgt, der **nicht** bald nach einem inficirenden Coitus auftritt, eine leichte sei. Dieses Dictum ist nur eine Hypothese, die noch obendrein keine feste Stütze hat und deshalb auch für die Prognose nicht verwendet werden kann. Der Versuch ferner, auf die Gutartigkeit oder Bösartigkeit der ersten einen Syphilitischen befallenden Exantheme eine Prognose zu basiren, wird von Niemandem gemacht werden, welcher weiss, dass die Lues in einem Falle oft unter sehr heftigen Erscheinungen beginnen kann und dass die Manifestationen allmählig an Intensität nachlassen und umgekehrt, dass in einem anderen Casus die ersten Exantheme geringfügig sein und später schwerere auftreten können. Auch den Umstand, dass zahlreiche intensive Symptome in kurzen Intervallen während der Periode der Frühformen aufeinanderfolgen, wird man bei Aufstellung einer Prognose nicht berücksichtigen, denn er beweist nur, dass man es mit einer im Augenblicke schweren Form der Dyscrasie zu thun hat, welche nachher von sehr leichten Spätformen gefolgt sein kann; oder diese können auch ganz ausbleiben. Und anderseits können die Frühformen geringfügig sein, nicht zahlreich, nicht rasch aufeinanderfolgend, und doch werden die Patienten von sehr ernstesten Spätformen ergriffen. Schliesslich hat man sich auch auf die Be-

schaffenheit des „Schankers“ bei der Prognose der Syphilis gestützt, wie das schon erwähnt worden ist. Aber es ist eine unzuverlässige und mitunter gefährliche Weissagung aus dem Umstande, dass der „Schanker“ klein, wenig indurirt, gutartig und nichtssagend ist, eine leicht verlaufende Lues zu prophezeien. Der „Schanker“ ist absolut ohne Zusammenhang mit der grösseren oder geringeren Intensität des sich als seine Consequenz abwickelnden Processes. Wie man sieht, haben also alle diese Zeichen, von denen man annahm, dass sie, weil ein gewisser Zusammenhang zwischen Intensität der Vorgänger und Intensität der Nachfolger bestehen müsse, einen Schluss auf die Prognose gestatten, in dieser Beziehung keine Bedeutung und die in einem gegebenen Augenblicke an einem Individuum wahrnehmbaren Manifestationen der Syphilis sind demnach kein Spiegel der Zukunft desselben, eine Behauptung, die für die Praxis von grösster Wichtigkeit ist. Wenn die Syphilis eines Kranken während der Periode der Frühformen eine geringe Anzahl leichter Manifestationen producirt, fasst man Vertrauen und wird den Patienten vielleicht weniger energisch, weniger ausdauernd, weniger fleissig als unter anderen Umständen behandeln, vielleicht wird man ihn nach dem Beispiele Vieler gar nicht behandeln. Dieses kann zur Folge haben, dass die Diathese nach vielen Jahren der Latenz plötzlich erwacht und zu sehr schweren Spätformen führt. Es darf also die momentane Gutartigkeit der Syphilis in einem gegebenen Falle den Arzt nicht in Sicherheit wiegen, denn es können später die schlimmsten Symptome auftreten, und solche Fälle sind nicht selten.

§ 124. Aus dem bisher Gesagten geht demnach hervor, dass, wenn man Syphilis in der Periode der Initial- oder Frühformen zur Beobachtung bekommt, eine sichere Prognose sich **nicht** stellen lässt. Was soll man nun in solchen Fällen dem um seine Zukunft besorgten Patienten sagen? Folgendes: Die Syphilis ist eine ernste Erkrankung, welche durch eine sehr lange Zeit eine methodische Behandlung und fleissige Ueberwachung erheischt. Wenn der Kranke einer entsprechenden Hygiene sich befleissigt und sich ausreichend behandelt, hat er Aussicht, sowohl jetzt als in Zukunft nur von relativ leichten Manifestationen heimgesucht zu werden. Dies gilt, wenn er sonst gesund ist. Ist er dagegen schwach, zart, von lymphatischer Constitution, ist seine Hygiene nicht die beste, behandelt

er sich schlecht oder gar nicht, so wird die Diathese sich wahrscheinlich verschlimmern und in späterer oder früherer Zeit wird er das Opfer schwerer Manifestationen der Lues sein. Uebrigens ist das nur eine Beiläufigkeits-Prognose, denn wie das schon wiederholt angeführt worden ist, kann eine mit leichten Formen beginnende Syphilis zu schweren Formen führen, und umgekehrt.

Die Erfahrung lehrt also, dass verschiedene Factoren, als: Einfluss der Therapie, das Allgemeinbefinden, die beobachtete Hygiene doch einigermaßen eine Prognose erlauben. Was den Einfluss der Therapie anlangt, so wird später noch mehr ersichtlich werden, dass eine behandelte Syphilis von einer nicht behandelten wesentlich absticht. Die Therapie kann die Kraft des Virus schwächen. Ja, man muss sagen, dass die Syphilis eine jener Krankheiten ist, welche noch am meisten der Therapie zugänglich ist, welche noch am meisten durch die Therapie modificirt oder gar vollständig beseitigt werden kann, beseitigt, wenn auch nicht im Princip, so doch in einzelnen Erscheinungen, und das gilt nur noch von wenigen Erkrankungen. Wo gibt es denn z. B. heutzutage Krankheiten, welche so leicht der Behandlung weichen, wie die syphilitischen Neubildungen, welche sich so rasch verlieren, wie die Sarcocoele syphilitica; wo gibt es Knochenerkrankungen, Eingeweide-Erkrankungen, Lähmungen, welche so rasch schwinden, wie wenn diese Leiden syphilitischen Ursprungs sind u. s. w.?! Wie oft wünschen wir uns denn nicht, ein Leiden sei syphilitischen Ursprungs, damit wir ihm therapeutisch beikommen können?! Doch darf man den Einfluss der Therapie nicht allzusehr überschätzen. Es ist gar nicht nöthig, in dieser Beziehung darauf hinzuweisen, wie unwirksam z. B. eine spät eingeleitete Therapie — und leider wird sie oft spät eingeleitet — gegen die Producte abgelaufener Erkrankungen ist, dass Zerstörungen in den Geweben, Vernichtungen hystologischer Elemente durch die zweckmässigste Behandlung hinterher nicht gutgemacht werden können; dass besonders zarte Texturen, wie z. B. im Auge und Rückenmark, trotz rechtzeitiger Inanspruchnahme der bewährtesten Heilmittel oft nicht gerettet werden können. Häufig scheint die Therapie bloß die Symptome zu beseitigen und das Wesen der Krankheit gar nicht zu beeinflussen. Endlich gibt es ja auch solche Individuen, welche trotz aller Medicamente nicht genesen, welche die Mittel nicht vertragen, oder von ihnen gar keine Einwirkung erfahren. Also dies Alles ist möglich und muss mit in Rechnung gebracht werden, wenn man eine

Prognose aufstellt. Ferner muss man auch zu diesem Behufe, wie gesagt, die gegenwärtige und die frühere Gesundheit des Kranken, von der Syphilis abgesehen, seine Resistenz gegen Noxen, die Hygiene, welche er beobachtet, seine Gewohnheiten, wo er lebt, etc. berücksichtigen. Die Persönlichkeit des Patienten spielt in Bezug auf die mächtigere oder weniger mächtige Entwicklung der Krankheit eine grosse Rolle.

Der sonstige Gesundheitszustand des Individuums hat einen wesentlichen Einfluss auf die Diathese. Junge, kräftige, robuste Constitutionen mit gesundem Magen, von gesunden Eltern, befriedigenden Antecedentien werden eine Prognose zulassen, die man in folgende Worte fassen kann: „Mit Hilfe der Hygiene und einer zweckmässigen Behandlung kann die Krankheit bei diesem Individuum einen guten Verlauf nehmen.“ Wenn man aber das Leiden an einem gebrechlichen, zarten, anämischen, lymphatischen, nervösen, schwachen, kranken Organismus wahrnimmt, an einem Individuum, dessen Gesundheit mehr oder weniger erschüttert ist, das durch Erblichkeit eine gewisse Prädisposition für andere Leiden besitzt, verdächtige Antecedentien hat, da ist man seiner Sache weniger, eigentlich gar nicht sicher und man thut gut, einen Verlauf schlimmster Art zu erwarten. Entweder, dass sich dann schwere, örtliche Manifestationen entwickeln oder sehr ernste Allgemeinerscheinungen, die zahlreich sind und sich lange hinziehen. Aus dem Gesagten folgt denn auch, dass bei Weibern die Prognose immer schlechter ist, als bei Männern, dass man bei Weibern das Auftreten nervöser und splanchnischer, ziemlich hartnäckiger und sehr ernster Manifestationen viel eher vorhersagen kann, als bei Männern. Chloranämie, allgemeine Schwäche, Cachexie sind Erscheinungen, welche besonders bei von Syphilis befallenen Weibern wahrgenommen werden. Das wäre, nebenbei bemerkt, der Einfluss des Geschlechtes auf die Prognose.

Auch das Alter hat einen gewissen Einfluss auf dieselbe. An den beiden Lebensenden wird leicht die Syphilis ausarten, besonders z. B. bei jungen Frauen oder vielmehr bei Kindern, welche in Folge von geschlechtlicher Ausartung frühreif geworden sind und auch im späten Alter. Ricord hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass die beste Prognose für die Syphilis an Individuen, welche sich in den ersten Jahren des mittleren Alters befinden, zu stellen sei. — Auch der Ein-

fluss der Hygiene auf die Prognose ist zu berücksichtigen, z. B. das Regimen, die Getränke, die Bewegung, die Beschäftigung, der Schlaf, die Kleidung u. s. w. Einen böartigen Verlauf nimmt z. B. die Syphilis bei Individuen, welche zur Zeit ihrer Erkrankung keiner guten Hygiene sich befleißigen und Schwelgereien mit anstrengenden Arbeiten welcher Art immer rasch abwechseln lassen; einen eben solchen Decursus hat sie bei Solchen, welche die Nacht zum Tage machen, welche ungenügend schlafen, keine Bewegung machen, schlecht oder zu wenig essen, sich häufig berauschen, ihre Tage in einer schlechten Atmosphäre, in Räumen ohne Luft und Licht verbringen, oder bei solchen, welche dem Elend, den Entbehrungen, Kummer und Sorgen ausgesetzt sind. Kurz, ganz anders und in der Regel günstiger wird die Syphilis des Reichen verlaufen, als die Syphilis des Armen.

Wenn man demnach alles das berücksichtigt, was im Vorhergehenden gesagt wurde, so kann man sich denn doch eine Beiläufigkeits-Prognose in einem gegebenen Falle erlauben, aber trotzdem wird manchmal die Syphilis dort einen schweren Verlauf nehmen, wo man einen leichten vermuthet hätte; und der Grund davon ist uns völlig unbekannt. Nur hypothetisch nimmt man an, dass er in der Intensität des übertragenen Giftes liegen kann. Ob eine solche Hypothese gerechtfertigt ist, kann Niemand zu behaupten wagen. Denn auch das sieht man, dass zwei Individuen aus einer Quelle sich inficiren, unter vollkommen gleichen Umständen sich fortwährend befinden, und dass bei dem einen die Anzahl der Manifestationen klein, die Formen gutartig sind und die Syphilis bald zu Ende zu sein scheint, während bei dem anderen eine Erscheinung die andere jagt und schwerer ist als die andere und kein Ende des Leidens abzusehen ist. Worauf eine solche Verschiedenheit beruht, ist vollkommen unbekannt. Man sieht also, dass die Prognose der Syphilis auf Berücksichtigung so vielfacher Umstände basirt und ein auf dieselbe gegründetes Urtheil so schwankend ist, dass man sagen muss, eine Prognose über die Syphilis eines Kranken zu stellen, gehört zu den schwersten Aufgaben, die der Arzt zu lösen hat.

Wenn also ein Kranker mit einem „Schanker“ zu uns kommt, so ist es absolut unmöglich, eine Prognose zu stellen, und das wird nicht ohne Grund hier wiederholt, weil sehr oft die Patienten mit einer diesbezüglichen Frage an den Arzt herantreten. Nicht einmal, wenn man schon Allgemeinerscheinungen an einem von der Dyscrasie Ergriffenen wahrnimmt, ist es möglich, ein

Urtheil über den weiteren Verlauf der Sache im Vorhinein zu fällen. Und weil von einer richtigen Prognose ja auch eine richtige, mehr oder weniger energische, mehr oder weniger andauernde Therapie abhängt, wird man dem im Vorhergehenden Erörterten seine volle Aufmerksamkeit zuwenden müssen.

Art immer rasch abwechseln lassen: einen eben solchen Decubitus hat sie bei solchen, welche die Nacht zum Tage machen, welche unregelmäßig schlafen, keine Bewegung machen, schlecht oder zu wenig essen, sich häufig betrinken, ihre Tage in einer schlechten Atmosphäre, in Kammern ohne Licht und frische Luft verbringen, oder bei solchen, welche das Elend, den Mangel an Nahrung, Kummer und Sorgen ausgekostet sind. Kurz, ganz anders und in der Regel günstiger wird die Syphilis bei Reichen verlaufen, als die Syphilis bei Armen.

Wenn man demnach alles das berücksichtigt, was im Vorhergehenden gesagt wurde, so kann man sich denn doch eine Hoffungskeits-Prognose in einem gegebenen Falle erlauben, aber trotzdem wird man sich bei der Syphilis dort einen schweren Verlust nehmen, wo man einen leichten vermeiden könnte; und der Grund davon ist uns völlig unbekannt. Nur hypothetisch nimmt man an, dass er in der Intensität des übertragenden Giftes liegen kann. Ob eine solche Hypothese gerechtfertigt ist, kann Niemand zu behaupten wagen. Denn auch das sieht man, dass zwei Individuen aus einer Quelle sich inficiren, unter vollkommen gleichen Umständen sich fortwährend befinden, und dass bei dem einen die Anzahl der Manifestationen klein, die Formen gutartig sind und die Syphilis bald zu Grunde scheint, während bei dem anderen eine Erscheinung die andere folgt und schwerer ist als die andere und kein Ende des Leidens abzusehen ist. Worin eine solche Verschiedenheit besteht, ist vollkommen unbekannt. Man sieht also, dass die Prognose der Syphilis auf Berücksichtigung so vieler Umstände basiert und ein auf dieselbe gegründetes Urtheil so schwankend ist, dass man sagen muss, eine Prognose über die Syphilis eines Kranken zu stellen, gehört zu den schwersten Aufgaben, die der Arzt zu lösen hat. Wenn also ein Kranker mit einem „Syphilitiker“ zu uns kommt, so ist es absolut unmöglich, eine Prognose zu stellen, und das wird nicht ohne Grund hier wiederholt, weil sehr oft die Patienten mit einer doppeldeutigen Frage an den Arzt heran-treten. Nicht einmal, wenn man schon Allgemeinregeln an einen von der Syphilis Erkrankten wahrnimmt, ist es möglich, ein

III. CAPITEL.

Ueber Therapie der Syphilis im Allgemeinen, während der Periode der Frühformen insbesondere.

§ 125. Nicht nur den Aerzten, sondern auch sehr vielen Laien ist es bekannt, dass man seit Jahrhunderten gegen die Syphilis Quecksilber anwendet. Allein von Aerzten wie von Laien hört man oft die Frage aufwerfen: „Wie, in allen Zweigen der Medicin hat man besonders in den letzten Decennien Fortschritte gemacht, und nur in der Behandlung dieser Krankheit ist Alles beim Alten geblieben?!“ Die Einen sagen das aus Furcht vor dem Medicamente, um den Arzt zu bewegen, dass er es aufgebe; die Anderen sagen das, weil sie über so manchen Misserfolg bei der von jeher üblichen Therapie zu klagen und mit dem Vorurtheile des Publicums gegen dasselbe zu kämpfen haben. Beide vereint rufen sie: „Ihr, die Ihr euch das Studium der Syphilis und ihre Behandlung zur Lebensaufgabe gemacht habt, gebt uns ein anderes Medicament, als jenes aus der Rumpelkammer des Mittelalters überkommene, übel beleumundete, verhasste und perfide Quecksilber!“

Im Folgenden soll nun erörtert werden, ob diese Exclamationen berechtigt sind. Denn die Thatsache allein, dass ein Medicament seit Jahrhunderten angewendet wird, kann doch kein Grund sein, es schlechtweg zu verwerfen; sondern, wenn dies geschehen soll, muss man andere Gründe dafür vorbringen, und die Stichhaltigkeit oder Nichtigkeit derselben wird im Nachstehenden erwogen.

Es ist zu diesem Behufe zunächst die Frage zu beantworten: kann der Mercur schaden? In medicamentösen Dosen verwendet, wie

man ihn heutzutage verabreicht und wie er seit jeher von nüchternen Beobachtern gebraucht worden ist, wird das Quecksilber den Patienten nie Nachtheil bringen.

Was man allenfalls von Mercur zu fürchten hat und zu fürchten pflegt, ist Stomatitis, gastrische Störungen und Ernährungsstörungen. Betrachten wir diese näher.

Es ist bekannt, dass das Quecksilber durch die Haut oder per os applicirt, eine mehr oder weniger heftige Reizung der Mundschleimhaut herbeiführt. Allein, wenn man diese Wirkung des Medicamentes überwacht, wenn man es in Formen oder in Dosen anwendet, welche die Gingiva weniger angreifen, und sollte dies nichts nützen, wenn man seinen Gebrauch rechtzeitig unterbricht: dann kann dieser Nachtheil nie zu einer Gefahr werden. Die Stomatitis mercurialis ist keine Krankheit, die von heute auf morgen den Patienten befällt; sie hat ihre Vorläufer, welche ihr Erscheinen ankündigen, einen prämonitorischen Reizungszustand, gegen den der Arzt Massregeln ergreifen kann. Man beseitigt einfach dann das Quecksilber in dem Momente, in welchem das Zahnfleisch etwas schwillt, und das genügt schon. Und wo das nicht ausreichen sollte, hilft man mit passenden, leicht adstringirenden, antiseptischen Mundwässern nach. Also sich auf die Stomatitis zu berufen, um den Gebrauch des Quecksilbers verwerfen zu können, ist sehr ungerechtfertigt.

Man hat ferner mit Recht behauptet, dass der Mercur vom Magen und Darmkanal zuweilen schlecht aufgenommen wird. Man beobachtet dies bei Frauen, besonders, wenn sie blond, zart, lymphatisch, zu Dyspepsieen geneigt, von träger Verdauung sind. Aber einerseits ist diese Intoleranz ziemlich selten. Andererseits kann man ihr vorbeugen, sie abschwächen und sogar mit Erfolg bekämpfen. Zu dem Ende braucht man nur die Dosen des Mittels der Reizbarkeit des Magens anzupassen und dem Quecksilber irgend ein Correctiv: Opium, Amara, Chinin etc. beizusetzen, oder die Art der Quecksilberdrogue zu wechseln. Wenn schliesslich der Verdauungstractus das Mittel gar nicht verträgt, so bleiben ja noch andere Applicationsmethoden (per anum, Frictionen, subcutane Injectionen). Also die Möglichkeit, dass der Mercur, innerlich gegeben, nicht vertragen wird, ist höchstens eine Contraindication gegen die Application per os, aber nicht eine gegen den Gebrauch des Mittels im Allgemeinen.

Es wurde auch vom Quecksilber behauptet, das Blut verarme durch seinen Einfluss an Fibrin, das Mittel mache chloranämisch, kurz es wirke denutritiv. Das Gesagte ist allerdings wahr, gilt aber nur, wenn man mit dem Medicamente Missbrauch treibt, wenn man die Dosen, die von demselben gegeben werden, ungebührlich hoch greift, wenn man es übermässig lange Zeit verwendet. Und da auch diese schädlichen Wirkungen nicht plötzlich auftreten, so hat man es in seiner Hand, bei Zeiten mit der Quantität, die dem Patienten vorgeschrieben wird, herabzugehen oder gar das Mittel ganz auszusetzen, Jod an seiner Stelle zu versuchen, durch Hygiene und Tonica den etwa entstandenen Schaden auf kürzestem Wege wieder gut zu machen. Und wie hat man diesen Schaden übertrieben! Wie verschwindend klein ist die Minorität der Fälle, in welchen er wahrgenommen wurde, gegenüber jener Majorität, in denen nichts von ihm beobachtet werden konnte, einer Majorität, der auch schwächliche Individuen beiderlei Geschlechts, sogar Kinder angehören! Ja noch mehr! Von Alters her ist die Thatsache bekannt, dass viele Individuen nach einer Einreibungscur geradezu prosperiren. — Also das oben Erwähnte wäre somit auch kein Einwand gegen den Gebrauch des Quecksilbers. Die von den Gegnern des Quecksilbers so oft vorgebrachte Schädlichkeit des Mercurs hat demnach nicht die Bedeutung, welche ihr von Jenen beigemessen wird. Ja, in den Händen Unwissender oder Unfähiger kann dies Medicament allerdings Schaden bringen, aber nur unter denselben Bedingungen und in demselben Grade, wie manches andere Mittel, wie z. B. Opium und Chinin, die wir darum doch um keinen Preis im Arzneischatze missen wollen.

§ 126. Die diesbezüglichen Erörterungen beweisen nur: das Quecksilber ist kein indifferentes Medicament, und was nicht indifferent ist, ist wirksam; es entsteht nun die Frage: ist diese Wirksamkeit speciell gegen Syphilis gerichtet? Die Antwort ist nicht leicht zu geben. Während einzelne Aerzte nicht müde werden, das Quecksilber als Specificum zu preisen, finden andere nicht genug Worte, die Hinfälligkeit dieser Behauptung darzuthun, und viele gehen noch weiter und beschuldigen das Medicament, die Syphilis zu verschlimmern, indem sich zu den Manifestationen derselben nach der Quecksilberbehandlung auch noch Symptome des Mercurialismus gesellen.

Um nun in diesen einander so sehr widersprechenden Angaben das Richtige zu finden, muss man sich folgende Frage stellen: „Wirkt

das Quecksilber blos gegen die Manifestationen der Syphilis oder auch gegen die Diathese? Unzweifelhaft ist durch die Erfahrung constatirt, dass die einzelnen Symptome der Syphilis unter Mercurialgebrauch schwinden. Man hat zwar von gegnerischer Seite behauptet, sie schwänden auch ohne jede Therapie. Das ist zuweilen richtig; aber sie brauchen, wie genaue und zahlreiche vergleichende Beobachtungen gelehrt haben, viel mehr Zeit dazu, wenn kein Quecksilber verwendet worden ist, als wie wenn dies der Fall war. Ausserdem aber hat es sich gezeigt, dass einzelne Krankheiten, die irrthümlicherweise eine Zeit lang für nicht syphilitisch gehalten wurden und jeder Therapie Widerstand leisteten, erst schwanden, als man die betreffenden Patienten einer Quecksilberbehandlung unterwarf. Dieses letztere Factum wiederholte und wiederholt sich zu oft, als dass man es lediglich auf einen Zufall zurückführen könnte. Denn man kann die Einwendung der Gegner nicht ernst nehmen, dass in den diesbezüglichen Fällen nach der Natur der Sache die Zeit des Bestehens der Symptome, an denen die betreffenden Kranken litten, um war, als das Quecksilber an die Reihe kam, weil merkwürdigerweise in derartigen Fällen diese Zeit jedesmal zufällig hätte abgelaufen sein müssen, gerade als der Kranke einer Mercurialcur unterworfen wurde. Da es also Krankheitsformen gibt, welche anderen Medicamenten nicht, wohl aber dem Quecksilber weichen, so folgt logischerweise daraus, dass dieses Mittel ein Specificum gegen jene Krankheitsformen sein müsse und da diese der Syphilis angehören, ergibt sich, dass der Mercur ein Specificum gegen einzelne Symptome der Syphilis ist.

Es ist nun der zweite Theil der Frage zu erörtern: „Ist das Quecksilber auch ein Mittel gegen die Diathese als solche, kann es die künftigen Manifestationen der Syphilis hintanhalten oder ihre Intensität verringern?“ Viele von Denen, welche nicht in die Reihe Jener sich stellen, die da behaupten, das Quecksilber sei gegen die Syphilis ganz wirkungslos, geben zu, dass der Mercur im Stande sei, einzelne Symptome zu bekämpfen, aber gegen die Diathese selbst vermöge er nichts. Sie sagen: Es ist wahr: einzelne Symptome der Diathese verschwinden nach dem Gebrauche des Quecksilbers, aber andere tauchen auf, also ein Palliativ gegen künftige Symptome, ein Gegengift gegen das Virus syphiliticum ist das Quecksilber nicht. — Nun, dem ist nicht so; a priori ist es schwer einzusehen, wie ein Medicament Symptome einer Krankheit bekämpfen solle

und gleichzeitig dabei gegen die Krankheit selbst ganz einflusslos bleibe. Aber es gibt einen viel schärferen Beweis für die Wirksamkeit des Mercur gegen die Diathese, nämlich den, welcher durch den Unterschied des Verlaufes zwischen einer mit Quecksilber behandelten und nicht behandelten Lues geliefert wird. Die erstere ist eine gutartige. Die weit überwiegende Mehrzahl der diesbezüglichen Kranken, welche sich ernstlich behandeln, überstehen die Syphilis mit einer verhältnissmässig geringen Anzahl nicht allzu schwerer Symptome. Bekommen sie Syphilide, so sind dieselben meist oberflächlich und trocken (Roseola, papulöse, papulo-squamöse Syphilide); bekommen sie Schleimhaut-Syphilide, welche durch irgend einen örtlichen Reiz (wie z. B. die Milchflecke auf der Backenschleimhaut der Raucher) hervorgerufen werden, so haben diese Symptome kein anderes Verhalten bezüglich der Dauer, wie z. B. mehr oder weniger hartnäckige Aften; dann bemerkt man noch Adenopathien, vorübergehende Schmerzen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, ein Schütterwerden des Haares und andere dergleichen im Verhältnisse zu den möglichen schweren Erscheinungen viel leichtere Symptome. Ernstere Erscheinungen sind bei Solchen, die sich mit Mercur behandeln, selten. Daher kommt der grosse Unterschied, den wir zwischen den Kranken im Spital und den Kranken in der Privatpraxis wahrnehmen. Im Spitale, wo wir es mit vernachlässigten, jeder Hygiene baren, zuweilen gar keiner Behandlung, meist keiner anti-syphilitischen, besonders keiner mercuriellen unterworfen gewesenen Individuen zu thun haben, werden Patienten mit den schrecklichsten Formen aufgenommen. In der Privatpraxis dagegen erscheint das Leiden viel gutartiger. Wo sieht man in der Privatpraxis bei Weibern z. B. jene enorm entwickelten Papeln an den Genitalien, wie sie bei Patienten der Kliniken so häufig beobachtet werden?! Natürlich gibt es auch Ausnahmen, und man wird auch in der Privatpraxis besonders bei Frauen, die aus irgend welchen Gründen sich nicht mit Quecksilber haben behandeln lassen, dieselben Erscheinungen in derselben hochgradigen Entwicklung beobachten können; ja in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen sieht man trotz der sorgfältigsten Behandlung mit Mercur die Syphilis vielfache und schwere Manifestationen produciren. Aber das sind nur höchst seltene Ausnahmen, welche die Regel bestätigen. Die Kranken, die für gewöhnlich nicht Hilfe in Spitälern suchen, die eilen eben rasch bei dem ersten Auftreten des Uebels zum Arzte; sie begreifen die Nothwendigkeit einer Behandlung und sie unterziehen sich derselben, die

einen so weit, um die Intensität der Dyscrasie zu mildern, die anderen so weit, um dieselbe vollständig zu tilgen, während die Kranken, welche in die Spitäler kommen, das Uebel bis zum Aeussersten sich entwickeln lassen, und die Formen, die wir an ihnen sehen, sind das Ergebnis eines Complexes von Einflüssen, welche die Krankheit, die Nachlässigkeit, das Elend, der vollständige Mangel einer Hygiene und Behandlung geübt haben.

Wir haben oben gesehen, welchen Verlauf eine rechtzeitig und eine spät behandelte Syphilis nimmt; welchen nimmt eine gar nicht behandelte? — Antwort: Sie vervielfältigt ihre Erscheinungen, die allorten mit aller möglichen Intensität sich entwickeln und mitunter zu lebensgefährlichen, häufig zu unheilbaren Krankheiten werden. Da entwickeln sich die Hautsyphilide, welche anfangs trocken sind, später feucht werden, eitern und ulceriren; dann zeigen sich viel häufiger die Schleimhaut-Syphilide; Drüsenerkrankungen entstehen, die zu den in früheren Abschnitten geschilderten strumösen Bubonen führen. Die Alopecie nimmt einen solchen Umfang an, dass der Schädel ganz kahl wird und auch an allen anderen Orten fallen die Haare aus. Ferner wird der Kranke von vielfältigen und heftigen Schmerzen: Kopfschmerzen, Neuralgien, Periostitiden, Myosalgien, Artralgien u. s. w. geplagt. Bei solchen Elenden entwickeln sich viel häufiger Iritis, Choroiditis, Retinitis, die zur Blindheit führen können. Oft kommt es zur Bildung der Sarcocoele und zu consequentem Schwunde des Hodens; dann entwickeln sich noch die verschiedensten Nervenstörungen, Lähmungen; heftige Fieber treten auf; gastrische und intestinale Erkrankungen, Ernährungsstörungen u. s. w. bahnen der Cachexie den Weg. Dann, während der Periode der Spätformen, entwickeln sich die tiefgreifenden, die pustulo-crustösen, die ulcero-tuberculösen, phagedänischen Syphilide, Gummata, welche zur Ulceration oder Destruction der Organe führen, Exostosen, Caries, Necrose, Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes, in Folge derselben Hämiplegien, Paraplegien, Störungen der Intelligenz. Alle diese Zustände können unheilbar werden oder den Tod herbeiführen, denn nebstbei zeigen sich noch, wie das alles ja bereits erörtert wurde, in den verschiedenen Eingeweiden Erkrankungen, die sehr gefährlich sind, von dem Abortus und der Frühgeburt zu schweigen. Das sind übrigens auch die Folgen der von so Vielen gepriesenen expectativen Methode bei Behandlung der Syphilis. Wenn also das Quecksilber im Stande ist, diesen Folgen vorzubeugen, was es auch fast mit

Regelmässigkeit thut, dann muss wohl das Mittel eine Einwirkung auf die Diathese als solche haben; dann kommt man zu dem Schlusse, das Quecksilber wirkt nicht blos gegen die Symptome der Syphilis, sondern auch gegen die Dyscrasie als solche, und wenn man an dem vorher Aufgezählten noch so viel mäkelte, eines muss man zugestehen, dass, wenn der Mercur auch nicht im Stande sein sollte, die Diathese vollkommen zu tilgen, so vermag er doch dahin zu wirken, dass die später auftretenden Erscheinungen nicht jene horrende Intensität annehmen, wie sie in dem oben aufgerollten Bilde geschildert wurde. Der Einwand der Gegner, dass der Mercur die Recidiven sogar ein- und derselben Manifestation der Lues nicht verhindere, kann von der Anwendung desselben nicht abhalten, denn man wird nicht verlangen, dass das Quecksilber mit Einem Male die ganze Diathese beseitige, sondern es kann dies nur das Resultat allmäliger, langsamer, schrittweiser Einwirkung, das Ergebnis einer lange Zeit fortgesetzten Behandlung sein und die Recidiven, welche nach einer solchen auftreten, sind gewissermassen als die letzten Glieder in der Kette der Erscheinungen anzusehen, welche die behandelten Individuen befallen. Diese letzten Glieder werden erfahrungsgemäss immer schwächer und ihre Intensität immer ungefährlicher, und während der Kranke vielleicht früher von bösartigen Symptomen geplagt war, werden nach stattgefundener Behandlung gutartige Symptome auftreten. Der Kranke, der sich selbst überlassen, im Verlaufe des Leidens zu einer gewissen Zeit, z. B. von tiefgreifenden und eiternden Syphiliden ergriffen worden wäre, wird vielleicht nur von oberflächlichen und trockenen befallen werden. Diese Syphilide sind dann noch ausserdem auf gewisse Grenzen beschränkt, nicht zahlreich, mit wenigen, schwach ausgeprägten Eruptionen. Oft sind es nur isolirte Schleimhaut-Syphilide. Kurz, es sind eben leichtere, unbedeutende Erkrankungen, die sich, man möchte sagen, als Abortiv-Erscheinungen auffassen lassen und durch ihren Charakter Zeugnis dafür ablegen, dass die Diathese an Kraft verloren hat. Man hat ferner behauptet, das Quecksilber verhindere nicht, dass nach einem verschieden langen Zeitraume verschiedene und selbst schwere Symptome der Syphilis auftreten. Das ist zuweilen wahr, unzweifelhaft wahr. Es gibt Kranke, bei denen die sorgfältigste und lange Zeit ausgedehnte Behandlung nicht die Entwicklung weiterer Symptome hintanhält. Aber abgesehen davon,

dass das sehr selten ist, wird bei genauer Untersuchung der diesbezüglichen Fälle in der weit überwiegenden Mehrzahl derselben sich ergeben, dass nur eine unzulängliche Behandlung stattgefunden hat.

Und selbst zugegeben, dass das Gegentheil des Letzteren immer der Fall gewesen wäre, zugegeben, dass obiger Ausspruch von der unzulänglichen Behandlung eine Hinterthüre sei, wie die Gegner des Quecksilbers behaupten, wird man ein Mittel verwerfen, welches in der Mehrzahl der Fälle hilft, weil es in einer kleinen Minorität derselben nicht seine Schuldigkeit thut? — Nach dieser Erörterung ergibt sich nun die Antwort auf die Frage, ob Quecksilber ein Specificum gegen die Syphilis sei, von selbst. Sie lautet: „Das Quecksilber ist in der Mehrzahl der Fälle heilsam; nur ausnahmsweise versagt es. Ja, es gibt Fälle, in denen die Krankheit ungeachtet der sorgfältigsten und ausgiebigsten Mercurialcur ihren Verlauf nimmt, als ob mit dem Patienten nichts geschehen wäre, wozahlreiche und häufige Manifestationen der Syphilis auftreten, schliesslich Visceral-Erscheinungen der schwersten Art sich entwickeln trotz der Mercurial-Behandlung, aber diese Fälle sind eben sehr seltene Ausnahmen, welche den Ausspruch, dass das Quecksilber ein Specificum sei, nicht umstossen. Und schliesslich, haben wir denn neben jenem Metall noch ein Mittel, welches dasselbe leistet? Nicht einmal das Jod-Kali ist im Stande, es vollkommen zu ersetzen; es kann nur die Wirkung des Mercur unterstützen, so dass wir gar keine Wahl haben, als die, entweder expectativ zu verfahren, und — welches traurige Ergebnis dieses hat, haben wir gesehen — oder das Quecksilber anzuwenden.

§ 127. Hat man sich nun überzeugt, dass man bei Syphilitischen das Quecksilber anwenden muss, so muss man immer über die Applications-Methode dieses Mittels mit sich zu Rathe gehen, wobei als oberster Grundsatz gilt, dass es keine in allen Fällen passende Methode gibt, die immer und unbedingt vor allen anderen den Vorzug verdient. Im Gegentheile ist die richtige Wahl der zweckmässigen Anwendungsweise abhängig von der Individualität des Kranken, von der Beschaffenheit des zu behandelnden Falles und von einer Menge mannigfaltiger Umstände, die man oft gar nicht vorhersehen kann. Nur diejenige Methode ist gut, von der man sich im gegebenen Falle durch die Erfahrung überzeugt hat, dass

sie der Patient verträgt und dass sie einen heilenden Einfluss auf die krankhaften Erscheinungen ausübt. Mit Bestimmtheit a priori zu sagen, welche Methode dies in einem gegebenen Falle sei, das ist unmöglich. Wer also das Interesse seines Kranken im Auge hat, wird nicht mit Voreingenommenheit an die Behandlung desselben herantreten, oder irgend einen unter allen Umständen festzuhaltenden Plan früher fassen, sondern er muss bereit sein, seine Vorurtheile dem Besten des Patienten zu opfern und diese oder jene Lieblingsmethode augenblicklich aufzugeben, sobald sie dem Kranken keinen Vortheil oder gar Nachtheil bringt.

Es sollen nun die verschiedenen Methoden der Application des Quecksilbers, ohne zu sehr ins Detail zu gehen, beleuchtet werden.

§ 128. Am ältesten und bis heute am gebräuchlichsten ist die Einreibungscur. Sie ist die energischste, sicherste und am schnellsten wirkende Applications-Methode des Quecksilbers. Darüber herrscht nur ein Urtheil. Aber sie hat ihre Unzukömmlichkeiten. Sie ist ein schmutziges, unreines, die Wäsche ruinirendes, den Kranken widerwärtiges Verfahren. Letzteres gilt besonders von den Patienten der besseren Stände und da wieder namentlich von den Frauen. Ferner tritt bei der Einreibungscur auch häufiger und leichter Stomatitis ein, als bei anderen Behandlungsmethoden. Man kann noch so vorsichtig sein, es kommt doch manchmal zur Hyperaemie und Schwellung des Zahnfleisches, zu unangenehmen und schmerzhaften Zuständen in der Mundhöhle. Dann muss die Cur unterbrochen oder das Mittel für mehr oder minder lange Zeit ausgesetzt werden, während die Krankheit weitere Fortschritte macht. Man wird also bei dieser Methode sehr vorsichtig sein und dieselbe nur massvoll in Anwendung bringen. Der Kranke wird z. B., wenn es der Fall erheischt, nur jeden 2. Tag einreiben und nur 1—2 Drachmen grauer Salbe täglich verwenden. Oder er wird an 3 hintereinander folgenden Tagen einreiben und dann eine 2—3tägige Pause machen. Zugleich wird er Chlorkali innerlich nehmen und mit Chlorkali-Lösung gurgeln. Es wird sorgfältige Pflege des Mundes angeordnet, dieselbe vom Arzte überwacht werden und bei der leisesten pathologischen Veränderung des Zahnfleisches wird der Patient die Einreibungen unterbrechen müssen. Und trotz aller dieser Vorsicht wird man oft einer Stomatitis nicht ausweichen. Die verschiedenen Individuen verhalten sich in dieser Beziehung sehr verschieden und in jedem einzelnen Falle wird erst dieses Verhalten durch den Versuch festge-

stellt werden können. Daher mache man es sich zur Regel, bei Einreibungen immer nur mit kleinen Dosen zu beginnen und erst nachdem die Empfänglichkeit des Kranken geprüft wurde, mit denselben zu steigen. Fournier möchte aus den angeführten Gründen die Einreibungen nur für solche Fälle reservirt wissen, in denen es sich 1. um schnelle und sichere Wirkung wegen der Gefährlichkeit der vorhandenen Symptome handelt; 2. in denen die Erscheinungen einer anderen Applications-Methode Widerstand leisten; 3. in denen das Quecksilber vom Magen nicht vertragen wird. Aus diesen Gründen empfiehlt er die Frictionen auch als das zweckmässigste Verfahren gegen die Spätformen der Diathese (in welchen Fällen von Anderen das Jodkali so gepriesen wird. Auch ist zu bemerken, dass von den meisten Autoren die Schmiercur nicht auf so wenige Indicationen, wie die aufgezählten, restringirt wird). Gegen die Spätformen der Syphilis werden Einreibungen häufig im Vereine mit Jodkali das einzig Wirksame sein, um manchmal den Kranken sogar aus Lebensgefahr zu befreien. Denn nur von den Einreibungen, nicht einmal von der Einführung des Quecksilbers per os, lassen sich die vollen, raschen Wirkungen des Merkurs erwarten, auf die es so häufig in den vorgeschrittenen Fällen der Dyscrasie ankommt. Vergebens hofft auf einen günstigen Ausgang, wer ähnliche Resultate in einzelnen Fällen durch ein hartnäckiges Beharren bei einem anderen Verfahren als die Frictionsmethode oder einem anderen Mittel zu erzwingen glaubt.

§ 129. Eine andere äusserliche Applicationsmethode:

Die subcutanen Quecksilber-Injectionen sind noch immer Gegenstand allseitiger Prüfung, und es verlauten die widersprechendsten Urtheile über ihren Werth. So viel lässt sich heute schon absehen, dass sie die Einreibungen eben so wenig verdrängen werden, wie die Application per os es thut, denn sie entsprechen durchaus nicht allen Erwartungen, die man von ihnen gehegt hat. Schon dass sie die tägliche oder oft täglich zweimalige Intervention des Arztes erheischen, macht sie nicht allgemein ausführbar, aber sie haben noch viel eingreifendere Unzukömmlichkeiten. Es werden durch sie Abscesse, Narben oder zum mindesten (selbst bei vollendeter Technik und bei der Verwendung der zweckmässigsten Instrumente) schmerzhaft, bis nussgrosse und über nussgrosse Indurationen an den Injectionsstellen erzeugt, die wochenlang bestehen und eine Empfindlichkeit zurücklassen, durch welche die Kranken im Gebrauche der Extremitäten gehindert werden, falls die Ein-

spritzungen an diesen gemacht wurden, oder nicht auf der Seite oder auf dem Rücken liegen können, falls die Flanken oder der letztere zur Injection benützt wurden. Bei den verschiedenen Gewohnheiten, welche die Patienten bezüglich des Einnehmens irgend einer Lage beim Schlafen haben, kann der Schlaf beeinträchtigt werden und der erwähnte Uebelstand sowie der Schmerz, welcher immer bei jeder Injection auftritt (meist wählt man hiezu ein Aetzmittel, den Sublimat), macht, dass die Kranken zuweilen sich weigern, dies Verfahren bis zum Abschlusse der Cur an sich vollziehen zu lassen. Immerhin bleibt diese Methode trotzdem eine werthvolle Bereicherung der Quecksilber-Therapie; in gewissen Fällen, in denen man aus allerlei Gründen nicht einreiben lassen und den Mercur nicht innerlich geben kann, werden jene Einspritzungen mit vielem Vortheile benützt werden.

§ 130. Es bleibt nun noch, wenn man von der nur in einzelnen Ländern häufiger üblichen Methode der Räucherungen mit Quecksilber-Präparaten und von den nur in Ausnahmefällen und bei Kindern gebrauchten Mercurialbädern absieht, die Methode der Application des Quecksilbers per os zu besprechen. Diese Methode ist sehr einfach, sie wird von den Kranken meist sehr leicht ertragen und hat den Vortheil, dass sie für das Zahnfleisch nicht so gefährlich ist, wie die anderen bisher erwähnten Gebrauchsarten und schliesslich liefert sie auch sehr günstige Resultate. Man hat zahlreiche Präparate, die da angewendet werden. Von allen diesen ist der Sublimat und das Protojoduret am wichtigsten, weil am üblichsten. Der Sublimat ist besonders seit van Swieten allgemein bei der Behandlung Syphilitischer im Gebrauch, und man muss sagen, dass er ein sehr wirksames Medicament ist. Leider wird er von den Kranken nicht sehr gut vertragen und das gilt namentlich von den Weibern. Er hat einen widerlichen, bitteren Geschmack, und wenn man, um dem auszuweichen, das Mittel in Pillenform gibt, so hat das wieder andere Unzukömmlichkeiten. In allen Fällen aber treten bei längerem Gebrauche, wie er bei der Behandlung Syphilitischer nothwendig ist, Magenbeschwerden, Magenschmerzen, Magenkrämpfe, Koliken, Zwicken auf, und die Kranken leiden in Folge der Anwendung dieses Mittels häufig längere Zeit an Dyspepsien und Gastralgien. Wenn man, um diesem Uebelstande auszuweichen, ihn besonders zum Gebrauch für Weiber mit Opium gleichzeitig gibt, so entsteht bei jenen, die ja ohnehin zu Obstipationen geneigt sind, noch mehr Stuhlverstopfung, die Weiber achten dessen nicht, der Koth sammelt

sich in festen Ballen an, die Kothentleerung erfolgt nur äusserst mühsam, die Schleimhaut des Afters wird eingerissen und es entstehen Fissuren, welche oft Monate lang hartnäckig jeder Behandlung trotzen. Bei Männern hat man mit solchen Inconvenienzen weniger zu kämpfen.

Das Protojoduretum hydrargyri, ein Medicament, von dem man gehofft hat, dass es die Vortheile des Jod mit den Vortheilen des Quecksilbers vereinen wird, hat in seinen physiologischen und therapeutischen Wirkungen grosse Aehnlichkeit mit dem vorhergehenden. Doch wird es leichter vom Magen vertragen, erheischt aber auch den Zusatz des gleichen Quantum von Opium und wird in Pillen gegeben. Man verabreicht es gewöhnlich in Dosen von $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{8}$ Gran pro die, aber es gibt keine fixe Regel über die Grösse der Dosis, sondern diese richtet sich jedesmal nach der Individualität des Kranken, nach dem, wie es vom Magen vertragen wird, und das ist bei verschiedenen Individuen sehr verschieden. Auch die Einwirkung auf die Mundschleimhaut ist da zu berücksichtigen. In letzter Instanz entscheidet über die Grösse der Dosis der therapeutische Effect, und diejenige ist entsprechend, welche einen solchen aufzuweisen hat, und man braucht nicht über sie hinauszugehen, selbst wenn sie das normale Mittelmaass nicht erreichen sollte. Sowie man aber nach längerem Gebrauche merkt, dass man mit einer Gabe keine Besserung erzielt, muss man den Versuch machen, die Dosis, wenn nöthig, auch über die gewöhnliche Grösse zu steigern, um zu sehen, ob eine höhere Dosis vertragen werden kann und gegenüber dem Leiden mehr leistet. Auch in dieser Beziehung herrscht bei verschiedenen Individuen grosse Verschiedenheit. Nur halte man sich vor Augen, nicht zu furchtsam zu sein und wenn man mit einer kleinen Dosis nichts richtet, allerdings vorsichtig, daher allmählig zu einer grösseren überzugehen. Die vom Magen vertragene Dosis und die wirksame lassen sich in jedem einzelnen Falle nur durch Versuche ermitteln, und da gibt es keine Bestimmung a priori. Der Wichtigkeit halber sei also nochmals darauf hingewiesen, dass drei Umstände auf die Quantität des täglich anzuwendenden Protojoduretum hydrargyri Einfluss nehmen, nämlich das Verhalten des Magens, das Verhalten der Mundschleimhaut und das Verhalten der zu bekämpfenden Symptome.

Selten tritt glücklicherweise der Fall ein, dass der Kranke die Dosis, welche er eigentlich zur Bekämpfung der Symptome, mit denen er behaftet ist, braucht, nicht verträgt. Wenn dieser seltene Fall aber doch eintritt, wie umschiffet man dann diese Klippe? Bald wechselt man

die Methode der Application, bald wechselt man das Präparat, ein andermal gibt man zum Quecksilber eine Quantität Opium, oder man verwendet das Mittel blos in Intervallen, oder man versetzt es mit Eiweiss u. s. w.

Die Application per os ist weniger wirksam als die Einreibungen, sie wirkt auch viel langsamer, aber sie ist einfacher, bequemer, angenehmer, ist bei den Kranken beliebter, wirkt weniger deletär auf das Zahnfleisch und empfiehlt sich aus diesem Grunde immer als diejenige Methode, mit welcher man, nach Fournier's Ansicht, den Anfang der Quecksilberbehandlung machen soll.

§ 131. Nun bleibt aber noch die sehr wichtige Frage zu erörtern, wie lange soll die Behandlung der Syphilis dauern? Diese Frage ist von verschiedenen Autoren in verschiedener Weise beantwortet worden, und keine Antwort befriedigt in allen Fällen. Fournier ist der Ansicht, zu einer effectvollen Quecksilberbehandlung sei nothwendig, dass man das Mittel möglichst lange gebrauche, viel länger, als es sonst üblich ist. Gewöhnlich wird der Kranke, wenn man die Syphilis bei ihm entdeckt, einige Wochen, circa 3 bis 4 Monate, behandelt, die Symptome schwinden, neue treten nicht auf, man glaubt, der Kranke sei geheilt und es geschieht nichts weiter. Da auf einmal erscheinen schwere, manchmal sogar gefährliche Symptome, die noch zuweilen das an sich haben, dass sie Manifestationen anderer Dyscrasien ähnlich sind und gar nicht für der Syphilis angehörig gehalten werden. Der Kranke erfährt keine entsprechende Behandlung, und das Ende davon kann eine Katastrophe sein. Ja, eine noch so fleissige Mercurialisation von fünf- oder sechsmonatlicher Dauer ist nicht hinreichend, um die Diathese vollständig zu tilgen und die oben angeführten Gefahren zu vermeiden. Andererseits aber wird das lange Zeit gebrauchte Quecksilber seine Wirksamkeit in auffallender Weise verlieren. Man findet ja Aehnliches auch bei anderen Medicamenten, und es gibt sogar einen directen Beweis dafür. Nämlich folgenden: Ein Kranker wird wegen irgend eines Symptomes behandelt, das Symptom bessert sich, man setzt die Behandlung in gleicher Weise fort und das Symptom bleibt auf dem Grade der Besserung stehen, den es eben erreicht hat. Nachdem man gesehen, dass man bei dieser Dosis nichts mehr richtet, vermehrt man die Gabe des Medicamentes und nun erst macht die Heilung des Behandelten weitere Fortschritte. Ein anderes Factum: Während der Behandlung irgend eines Symptomes treten neue Manife-

stationen der Dyscrasie auf und man fährt mit der eingeschlagenen Behandlung fort. Was geschieht? Diese neuen Symptome ändern sich nur sehr langsam, mit einem Worte, in unbefriedigender Weise. Manchmal ändern sie sich gar nicht, trotzdem man die Quantität des Medicamentes vermehrt. Was thut man in solchen Fällen? Man setzt durch einige Wochen mit dem Mittel aus; dann nimmt man die Behandlung in derselben Form und derselben Dosis wie früher wieder auf. Und mit dem Mittel, das früher keine Wirkung hatte, erzielt man nun die überraschendsten Erfolge. Da muss man doch schliessen, dass sich der Organismus an das Medicament gewöhnt hat und dass hiedurch seine therapeutische Wirksamkeit vermindert oder ganz aufgehoben wurde. Man sieht demnach, dass zu lange fortgesetzte mercurielle Behandlung nicht immer von günstigem Einfluss ist, und dass z. B. eine sechsmonatliche ununterbrochene Quecksilberbehandlung weniger leistet, als eine sechsmonatliche Behandlung, die aber durch Intervalle, in denen das Quecksilber nicht gebraucht wurde, unterbrochen ward. Aus diesen Facten ergibt sich, nach Fournier, dass jene Behandlung die wirksamste ist, bei der auf jedes Stadium der Behandlung ein Stadium der Ruhe folgt, in welchem letzteren der Organismus gewissermassen die Gleichgiltigkeit gegen das Quecksilber, die er angenommen hat, wieder verliert. Wenn man auf diese Art vorgeht, so erlangt man, dass das Quecksilber während der ganzen Zeit, während welcher man es anwendet, seine volle Wirksamkeit behält. Wie lange nun in jedem einzelnen Falle das Stadium der Anwendung und jenes der Ruhe sein soll, das lässt sich im Vorhinein nicht bestimmen, das muss eben erst der Verlauf lehren. Bei einem Kranken wird man bei gleich langen Terminen der Behandlung die Intervalle grösser, bei einem anderen wird man sie kleiner machen. In einem Falle wird man die Pausen so gross machen, wie die Dauer der Behandlung, in einem anderen wird man die letzteren grösser oder kleiner machen müssen, als die ersteren. Das richtet sich eben nach der Intensität der Krankheit, je nachdem der Kranke das Mittel verträgt, nach der Häufigkeit und dem Charakter der Recidiven, nach der Periode der Diathese, in der man den Patienten zur Behandlung bekommt, und nach einer Menge anderer Umstände, die sich gar nicht voraussehen lassen. Es scheint sich aber erfahrungsgemäss bewährt zu haben, dass man im Beginne der Medication die Stadien der Behandlung so viel wie möglich einander nähert und im weiteren Verlaufe die Intervalle grösser werden

lasse. Es sollen also die ersten Intervalle 6 bis 8 Tage betragen, später aber kann man sie, ohne Furcht, einen Nachtheil davon zu erfahren, auf 2—3 Monate ausdehnen und noch später können sie sogar 5 bis 6 Monate betragen.

Diese Methode der successiven Behandlung hat aber ausserdem, dass man den Körper bei seiner Empfänglichkeit gegen Quecksilber erhält, auch noch den Vortheil, dass man den Kranken einer lange Zeit fortgesetzten Mercurialbehandlung unterwirft. Der Patient wird durch diese Methode nicht fatiguit und ist eher geneigt, sich ihr zu unterwerfen, als einer anderen, lange dauernden. Das Mittel wird auch durch diese lange Zeit unter der Beobachtung der oben vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln leicht vertragen. Noch einmal sei es gesagt, wenn man einen Effect von dem Quecksilber nicht bloß für die nächste Zeit nach der Behandlung, sondern auch für die Zukunft haben will, dann muss die Behandlung sehr lange dauern. Wie lange? — lässt sich durch eine allgemeine Regel nicht fixiren, sondern das ist in jedem einzelnen Falle eben verschieden; das richtet sich nach den Formen der Krankheit, ihrem Widerstande gegen die Behandlung, nach der Häufigkeit und dem Charakter der Nachschübe, der allgemeinen Entwicklung der Diathese u. s. w. Ein Kranker wird demgemäss eine lange Behandlung, ein anderer eine kurze erfordern. Die Methode, welche Fournier vorschlägt, kann über eine Dauer von 2 Jahren ausgedehnt werden, d. h. der Kranke soll nicht durch 2 Jahre in einem fort behandelt werden, sondern die Zeit der Behandlung beträgt höchstens 10 Monate und die Summe der Intervalle beträgt vielleicht 14 Monate. Dieser lange Zeitraum wird nicht überraschen, denn eine chronische Krankheit erfordert eben eine chronische Behandlung. Die meisten Diathesen erfordern ja eine gleich lange und viele von ihnen sogar eine längere Behandlung als die Syphilis. Fournier ist auch der Ansicht, dass zur mercuriellen die Jodbehandlung hinzugefügt werden soll. Während einer gewissen Periode der Syphilis leistet die Jodbehandlung äusserst Wirksames und das soll nach seiner Erfahrung das Ende des ersten Jahres sein. (Es gehen eben die Ansichten der verschiedenen Autoren in diesem Punkte sehr auseinander.) Für sehr nützlich erachtet Fournier das Jod im zweiten Jahre des Bestehens der Diathese und für unumgänglich nothwendig im Vereine mit Quecksilber oder abwechselnd mit ihm, aber immer nach einer Quecksilberbehandlung, sei es im drit-

ten Jahre, ob nun zur Behandlung von Spätformen oder als Präservativ gegen dieselben (als Antisyphiliticum im engsten Sinne).

Recapituliren wir nun: Die Vorthelle der successiven unterbrochenen Behandlung sind, dass sich die Kranken leichter zu ihr verstehen, als zu einer ununterbrochenen, dass sie vom Organismus leichter vertragen wird, dass dem Quecksilber seine Wirksamkeit während der ganzen Dauer der Anwendung gewahrt wird, dass sie, ohne Unzukömmlichkeiten zu veranlassen, gestattet, den Gebrauch des Mittels sehr lange, so lange als nothwendig ist, fortzusetzen, und dass sie überhaupt alle Vorthelle des Mittels dem Kranken zuwendet und ihn dabei vor den Nachtheilen ausgiebiger Anwendung möglichst bewahrt. Unfehlbar ist diese Methode natürlich eben so wenig wie eine andere, und es wird Fälle geben, die trotz ihr nicht zur Heilung gebracht werden können, aber im Vergleiche mit den anderen Methoden dürften diese Fälle nicht zu zahlreich sein.

§ 132. Es ist noch die Frage zu erörtern, wann ist es am erfolgreichsten, die Behandlung der Syphilis zu beginnen? Die Antwort ist: So früh wie möglich; je früher, desto rascher wird der günstige Einfluss auf die Diathese, den wir erwarten, eintreten. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine zeitlich behandelte Syphilis im Allgemeinen, seltene Fälle ausgenommen, was ihre früher sich zeigenden Symptome anlangt, gutartig verläuft und dass ihre späteren Manifestationen nicht so gefährlich sind. Eine spät behandelte Syphilis dagegen leistet der Therapie mehr Widerstand, ihre Symptome sind ernster, häufiger, weniger leicht zu behandeln und gefährlicher. Wenn man eine Syphilis ganz vom Beginne an behandelt, so kann man sehr oft dem Kranken ernstere Frühformen ersparen und das Auftreten von Spätformen vielleicht ganz hintanhaltend. Ist man aber erst lange Zeit nach der Infection zu Hilfe gerufen worden, etwa, wenn schon die Spätformen in voller Entwicklung sind, dann findet man die Krankheit nicht so geneigt, der Therapie zu weichen. Also, wenn man die Wahl hat, behandle man so früh als möglich. (Andere Autoren sind wieder der Ansicht, dass man nicht zu früh zum Quecksilber greife, um eben den Kranken nicht zu frühzeitig gegen die Einwirkung dieses Mittels abzustumpfen und dann machtlos den mit aller Kraft auftretenden Erscheinungen gegenüberzustehen.)

§ 133. Es genügt aber nicht, einen Syphilitischen gegen die Diathese bloß mit Quecksilber oder mit Jod-Kali zu behandeln, man

muss auch auf seinen übrigen Gesundheitszustand Rücksicht nehmen, seine Constitution, seinen Kräftezustand überwachen, auf die verschiedenen Zufälle, die da auftreten können, sein Augenmerk richten und allen aus dem Gesagten erwachsenden Indicationen gerecht werden. Daher werden die unterstützenden Medicamente mit der specifischen Behandlung vereint wirken müssen. Besonders bei Weibern haben diese unterstützenden Medicamente eine hohe Bedeutung. Es ist wiederholt gesagt worden, dass die Syphilis auf das Weib ganz anders, viel tiefer greifend wirkt, als auf den Mann. Viel häufiger als beim Manne werden beim Weibe die Functionen der Verdauung, der Circulation, der Assimilation, der Innervation durch die Syphilis beeinträchtigt. Viel häufiger treten, wie ausführlich erörtert wurde, beim Weibe splachnische Erscheinungen in Folge von Syphilis auf. Beim Weibe insbesondere führt die Syphilis zur Anämie, Asthenie, zum Kräfteverluste, zur Abmagerung, Mattigkeit, sogar zu solchen Störungen, die das Leben bedrohen können. Selbstverständlich ist das nicht bei allen Weibern der Fall. Aber darum erfordert die Behandlung des Gesundheitszustandes des Weibes nebst der Behandlung der Syphilis die besondere Aufmerksamkeit des Arztes. Sie erfordert, dass man der Hygiene der Patienten sein Augenmerk zuwende; dass man sich über ihre Lebensgewohnheiten, ihr Regimen, ihre Beschäftigung, über die Zeit, die sie der körperlichen Bewegung, dem Schläfe widmen, unterrichte; dass man die Kranken aufmerksam mache, sich einer zweckmässigen Hygiene und einer regelmässigen Lebensweise zu befleissigen, dass man ihnen eine tonische Nahrung, in welcher besonders Fleisch und Wein obenan stehen, tägliche Bewegung und eine hinreichend lange Schlafenszeit u. s. w. empfehle. Man wird auch von tonischen Medicamenten Gebrauch machen müssen, in erster Linie vom Eisen, welches so wirksam für die Bekämpfung der Chloranämie, der Asthenie etc. ist, Erscheinungen, die, wie gesagt, beim Weibe so häufig auftreten. Man wird Gebrauch machen vom Chinin, von bitteren Mitteln, vom Leberthran, von stimulirenden Bädern und von Bädern, welche die Circulation in den Capillaren anregen, als von künstlichen Salz-
bädern, Schwefelbädern, ferner von Schwefelwässern, von kalten Douchen und der Hydrotherapie, schliesslich von Seebädern; man wird den Kranken den Aufenthalt an der Küste und auf dem Lande empfehlen u. s. w. Diese Medicationen sind oft unerlässlich, wenn die specifische Behandlung einen Erfolg haben soll. Nach einer auf den ausgeführten

Lehrmeinungen beruhenden, entsprechend langen Behandlung hat der Kranke die höchstmögliche Wahrscheinlichkeit, sowohl für die Gegenwart, als für die Zukunft, von seinem Uebel befreit zu sein.

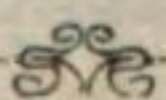
So viel kann man ihm sagen, wenn er am Ende der Behandlung an den Arzt mit der Frage herantritt: „Bin ich nun gesund?“ Denn man muss immer daran denken, es sei auch trotz aller Anstrengung, trotz der längsten und sorgsamsten Behandlung, nicht unmöglich, dass doch früher oder später neue Erscheinungen der Diathese zum Ausbruch kommen können. Wir haben eben kein sicheres Zeichen, an welchem man erkennen würde, dass Jemand vollständig von seiner Syphilis befreit ist. Und davon soll man den Kranken Mittheilung machen. Und warum das? Aus folgendem Grunde: Wenn im Laufe der Zeiten, ziemlich spät, nach vollendeter Behandlung, wider unser Erwarten, neue Erscheinungen auftreten, wird der Patient schon längst an seine Syphilis vergessen haben. Der Arzt, welcher um diese Zeit die Behandlung des Kranken übernimmt, die Antecedentien desselben, so weit sie sich auf Syphilis beziehen, nicht kennt, und über diesen Punkt von dem Patienten auch nichts erfährt, kann leicht den syphilitischen Charakter irgend einer Erscheinung, die er gerade zu behandeln hat, verkennen, umsomehr als diese späten Erscheinungen ja häufig den Symptomen anderer Dyscrasien sehr ähnlich sind. Das kann z. B. der Fall sein, bei einer Erkrankung der Eingeweide, einem Tumor im Gehirn, einer Haemiplegie, einer Paralyse, einer Sclerose des Rückenmarkes, einer Amaurose, einer Cirrhose, Neuritis, einer Albuminurie u. s. w. Man wird unter diesen Umständen diese Erscheinungen nicht zweckmässig behandeln und dieselben können dann zu einem ungünstigen Ausgang führen; während, wenn ihr Zusammenhang mit ihrer wahren Ursache bekannt ist, eine zweckmässige Behandlung sie beseitigen kann. Also um jenem vorzubeugen, muss man dem Kranken, welchen man aus seiner Behandlung entlässt, auf die erwähnte Eventualität aufmerksam machen. Man muss ihn darüber aufklären, dass er, wie gesagt, für die Gegenwart geheilt, fast keine Aussicht für die Zukunft habe, von neuen Symptomen der Syphilis befallen zu werden, dass dies aber doch immerhin möglich sei. In Folge dessen wird der Kranke dann immer bei einem jeden Leiden, das ihn trifft, den Arzt auf diesen Theil seiner Antecedentien, den wir im Vorigen im Auge hatten, aufmerksam machen. Sehr oft wird es keinen Nutzen haben, bisweilen

aber wird es für den Kranken, wie sich aus dem Vorhergehenden ergibt, von höchster Wichtigkeit sein.

§ 134. Wenn man nun am Schlusse dieses Abschnittes das Gesagte überdenkt, wird man finden, dass es mit unserer Therapie gegen Syphilis nicht so schlecht, als die Skeptiker uns glauben machen wollen, bestellt ist; dass sie nicht bloß auf die so oft trügerische Empirie begründet ist. Sie basirt im Gegentheile in vielen Stücken auf rein logischen Schlussfolgerungen, die aus feststehenden Lehrsätzen der Physiologie des gesunden und kranken menschlichen Organismus sich ergeben. Wir werden demnach besser thun, die Wege dieser Therapie zu gehen, durch actives Handeln von ihren Hilfsmitteln Gebrauch zu machen, als durch passives Gewährenlassen den Kranken elend zu machen, die Wissenschaft und ihre Jünger zu compromittiren.

Und was das Hauptagens jener Therapie, den Mercur, betrifft, wird jeder, wenn einmal das für und wider nach dem Vorausgegangenen reiflich erwogen ist, zu der Ansicht kommen, dass das genannte Medicament zwar nicht jenes Wundermittel ist, für welches seine Panegyriker es ausgeben, aber dass es auch nicht rationell ist, gänzlich den Stab darüber zu brechen, wie seine Gegner es wollten und wollen.

So oft schon im Laufe der Zeiten aus dem Arzneischatze gewiesen, ist es (nach jahrelangen fruchtlosen Versuchen mit anderen Mitteln) immer wieder der Rüstkammer des ärztlichen Handelns einverleibt worden, und fast scheint, es solle sich an ihm der Wahrspruch jener pessimistischen Weltanschauung bestätigen, dass aller Fortschritt nur in einem Sichvorwärtsbewegen im Kreise bestehe. Heutzutage gipfelt die Anschauung der Majorität der Aerzte über das Medicament in dem Satze: Auf Grund der Erfahrungen von Jahrhunderten, mit Vermeidung der Fehler der Vergangenheit, benütze man den Mercur bis — was fast wie eine Utopie klingt — in einem glücklicheren Zeitalter die Aerzte ein besseres Specificum gegen Syphilis kennen werden, als das Quecksilber es ist.



ANHANG.*)

Die Erkrankungen des Auges während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 113. Die Syphilis veranlasst während der Periode der Frühformen auch pathologische Veränderungen im Auge, welche die Iris, die Choroidea, die Papilla nervi optici, die Retina betreffen. Manchmal ist nur eines von den Erwähnten ergriffen, bisweilen mehrere oder alle gleichzeitig. Diese Erkrankungen treten gewöhnlich in den ersten Jahren des Bestehens der Diathese auf. Selten bemerkt man sie vor dem fünften oder sechsten Monate, meist im zweiten, dritten oder vierten Jahre nach stattgefundener Infection. Auf diese Verschiedenheit in der Zeit des Eintretens hat eine vollzogene Behandlung wesentlichen Einfluss.

§ 114. Die häufigste und am frühzeitigsten auftretende dieser Erkrankungen ist die Iritis. Man sieht sie bisweilen schon im 5. oder 6.

*) Nach dem Principe der Theilung der Arbeit haben die Ophthalmologen sich des Studiums der durch die Syphilis veranlassten Augenerkrankungen bemächtigt und Früchte desselben sind es, welche hier in einem nur die Hauptpunkte berührenden Auszuge mitgetheilt werden. Dies geschah, um möglichste Vollständigkeit zu erzielen, die dem Studierenden, der die Schilderung aller Manifestationen der Diathese in einer Abhandlung zusammengefasst haben will, erwünscht ist. Dem Praktiker werden die Mittheilungen von Anschauungen über den bezüglichen Gegenstand, welche jetzt gang und gäbe sind, nicht unwillkommen sein. Auf eine erschöpfende Darstellung konnte begreiflicherweise nicht Rücksicht genommen werden und deshalb ist dem Thema kein separates „Capitel“, welches den anderen bezüglich seines quantitativen Inhaltes gleichwerthig hätte sein müssen, gewidmet, sondern dasselbe nur im „Anhange“ besprochen worden. Wer sich genauer über die Sache unterrichten will, wird nur durch die Arbeiten der Fachschriftsteller in ophthalmologicis befriedigt werden,

Monate nach der Infection. Nach dem zweiten Jahre ist sie seltener. Sie ist aber darum doch nicht so alltäglich, wie andere Manifestationen der Diathese, z. B. die Roseola, die Papel. An Individuen, die regelmässig und lange behandelt werden, sind Iritis und überhaupt syphilitische Augenerkrankungen ziemlich selten. Die hier erörterte Regenbogenhauterkrankung ergreift häufig anfangs nur ein Auge; nicht selten wird das andere später von ihr befallen. Sie ist der gewöhnlichen rheumatischen Iritis in Bezug auf Symptome und Gefahr vollständig gleich und unterscheidet sich von dieser nur durch die Antecedentien des Kranken oder durch gleichzeitiges Vorhandensein anderer Manifestationen der Syphilis. Ihre Symptome sind: 1. Schmerz in der Orbita und um dieselbe von verschiedener Intensität, meist geringfügig und Nachts sich steigernd, was für die Iritis gerade nichts Besonderes und für die syphilitische Iritis durchaus nichts Pathognomonisches ist. 2. Sehstörungen in verschiedenem Grade in den einzelnen Fällen. Die Kranken klagen bisweilen nur über einen Nebel, über unvollständiges Sehen kleiner Objecte. Aber grossen Druck können sie noch lesen. Manchmal haben sie „fliegende Mücken“ u. s. w. 3. Ciliar-Injection. Man hat bemerkt, dass sie nicht immer vollständig und gleichmässig ist. Wahrscheinlich, weil die Iris auch nicht immer vollständig und gleichmässig erkrankt ist. 4. Lähmungen (theilweise oder vollständige) der Iris und Verziehung der Pupille. 5. Mannigfache Verfärbungen der Regenbogenhaut, welche dunkler wird, was natürlich nur durch Vergleich beider Augen zu erkennen ist. Endlich zuweilen plastische Exsudate, welche den Humor aquaeus trüben und die Pupille neblig erscheinen lassen.

Die Gefahren, welche die Iritis syphilitica mit sich bringt, sind dieselben, wie bei anderen Regenbogenhaut-Entzündungen, nämlich. 1. Synechien, besonders hintere Synechien; 2. permanente Verziehung der Pupille, Verkleinerung derselben bis zur vollständigen Atresie; 3. sogenannter Pupillar-Staar; 4. verschiedene Sehstörungen. Alle diese ungünstigen Ausgänge treten jedoch meist nur auf, wenn die Kranken sich entweder vernachlässigt haben oder nicht genügend behandelt worden sind.

Die Unterschiede zwischen den syphilitischen und den nicht-syphilitischen Regenbogenhaut-Entzündungen bestehen in Folgendem: 1. Die Iritis syphilitica hat in sehr vielen Fällen ein gewissermassen entzündungsloses Auftreten. Allmählig und heimlich entwickelt sie sich zu jenem Stadium, in welchem sie den Kranken bemerkbar wird; und nicht sel-

ten würde man es im Beginne diesem Leiden gar nicht ansehen, dass es so ernstliche Folgen nach sich ziehen kann. Man würde es meist eher für eine subacute, als für eine acute Erkrankung halten. Sie verhält sich zu der gewöhnlichen Iritis wie z. B. die syphilitische Roseola zu einem ähnlichen nichtsyphilitischen acuten Exantheme. Bisweilen aber können auch heftige periorbitale Schmerzen, die gegen den Schädel ausstrahlen, Photophobie, Schlaflosigkeit, in einem gewissen Grade febrile Aufregung, namentlich während des weiteren Verlaufes, ihre Symptome sein. Doch sind letztere Fälle selten. 2. Geht aus dem eben Gesagten hervor, dass sie häufig auch weniger schmerzhaft ist, als eine andere Art von Iritis, und das ist begreiflich, weil der Schmerz meist der Intensität des entzündlichen Processes entspricht. Mitunter verläuft sie ganz ohne Schmerz, was praktisch wichtig ist; indem die Kranken in Folge dessen, dass sie keine unangenehme Empfindung von dem Uebel haben, dasselbe in seiner Bedeutung unterschätzen. 3. Treten mitunter eigenthümliche pathologische Producte, besonders am inneren Ringe der Regenbogenhaut auf. Das sind kleine, papulös halbkugelige runde Tumoren von granulirtem Aussehen und Stecknadelkopfgrosse. Sie haben eine verschiedene Farbe: röthlich-braun, blaugrau u. s. w. Manchmal ist eine, bisweilen sind mehrere vorhanden. Man hat diese Wucherungen Condylome genannt, Gummata, Syphilome der Iris u. s. w. Ricord hält sie für Wucherungen, welche den Papeln entsprechen. Diese Ansicht hat viel für sich: die macroscopische Aehnlichkeit, den gleichen microscopischen Bau und das häufig gleichzeitige Auftreten dieser Efflorescenz mit den Papeln auf der allgemeinen Decke. Mitunter können diese Wucherungen sich in Pusteln umwandeln, die sich in die vordere Augenkammer öffnen und ein Hypopyon veranlassen. Dies würde die vorher angedeutete Analogie erhöhen. Doch kommen Fälle der letzteren Art sehr selten zur Beobachtung. Viel häufiger findet man, wenn man die in Rede stehenden Wucherungen untersucht, dass sie eine solide Masse bilden. Auch bemerkt man nach Form und Ansehen ähnliche Erhabenheiten bei gewissen nicht specifischen, z. B. den scrophulösen Regenbogenhautleiden. Das Vorhandensein dieser Wucherungen ist kein Symptom, das der Iritis syphilitica allein zukommt, aber Verdacht auf Syphilis wird es jedesmal erwecken. Dieser Verdacht wird gesteigert werden, wenn man neben Iritis noch andere Augen-

erkrankungen, welche die Syphilis bedingt, vorfindet: Choroiditis, Retinitis, Neuritis, Keratitis diffusa, Keratitis punctata, Scleritis u. s. w. Entwicklung und Dauer der syphilitischen Iritis sind sehr mannigfaltig. Sich selbst überlassen, dauert das Leiden ziemlich lange und endet mit Entstellungen der Pupille durch Adhärenzen derselben, mit mehr oder weniger intensiven Sehstörungen. Mitunter verbreitet sich die Erkrankung von der Regenbogenhaut auch auf die anderen Häute des Auges und bringt die Membranen im Augenhintergrunde in grosse Gefahr, es kann sogar totale Blindheit eintreten. Wird das Leiden der specifischen Behandlung unterworfen, dann heilt es in der Mehrzahl der Fälle (besonders wenn man zeitlich eingreift) beiläufig innerhalb eines Monates. Wird es in seinem Beginne vernachlässigt, was leider nicht zu selten geschieht, so leistet es längeren Widerstand und noch unter der Behandlung treten Verschlimmerungen oder Recidiven auf, welche ärgere Zustände darstellen, als ihre Vorgänger. Doch sind solche Fälle Ausnahmen.

Die Behandlung besteht in Atropin- und Quecksilbergebrauch. Das Quecksilber wirkt hier als specifisches Mittel. Das Atropin wirkt durch Erweiterung der Pupille dahin, dass Verunstaltungen, Synechien u. s. w. hintangehalten werden; ferner wirkt es auch durch Verminderung des intraoculären Druckes antiphlogistisch. Was das Quecksilber anlangt, so muss man grosse Dosen appliciren, wenn man einen raschen und ausgiebigen Erfolg haben will. Neben dem inneren Gebrauche des Mercur, oder wenn er nicht vertragen wird als alleinige Medication, sind Einreibungen am Platze. Die midriatische Wirkung wird von Einigen durch die periorbitäre Einreibung einer Salbe des Extractum belladonnae angestrebt. Besser aber ist es, sich der üblichen Atropin-Lösung zu bedienen, von der man je nach Massgabe der Heftigkeit des Falles 1—2 oder mehr Tropfen, ein-, zwei oder mehrmal des Tages in das Auge einträufelt. Bisweilen finden auch Blutegel bei beträchtlichen entzündlichen Erscheinungen, Schröpfköpfe, Purgantien als Ableitungsmittel, Opium und Sulfas Chinini als Beschwichtigungsmittel der Schmerzen nach den Anschauungen vieler Ophtalmologen zweckmässige Verwendung. Ferner reiben Einige Quecksilbersalben um die Orbita ein oder narcotische Salben, oder nehmen zu erweichenden Fomentationen, zu Vesicatoiren ihre Zuflucht. Der Werth dieser Mittel ist sehr problematisch. Direct zu verwerfen ist die Paracentesis corneae. Leider ist es mit einem Anfalle der Iritis in der Regel nicht abgethan. Es tritt entweder Recidive auf demselben Auge

auf, oder das Leiden ergreift auch das andere Auge, oder es erkranken, wie bereits wiederholt erwähnt, die anderen Membranen. Daraus ergibt sich die praktische Regel, dass man vor der Iritis sehr auf der Hut sein muss und sie nicht blos um ihretwillen, sondern vielmehr um der Consequenzen, die sie für die anderen Augenhäute hat, behandeln muss.

§ 115. Im Gegensatze zur Iritis ist die Keratitis syphilitica eine ziemlich seltene, man kann sagen, ausnahmsweise auftretende Erkrankung. Ja, noch mehr, vereinzelt oder primär zeigt sie sich nie, sondern immer mit Erkrankung anderer Membranen und als Consecutiv-Zustand derselben. Man findet sie entweder als Keratitis diffusa oder als Keratitis punctata.

Die Keratitis diffusa hat folgende Symptome: eine sehr starke Ciliar-Injection, heftige Schmerzen, intensive Lichtscheue. Die Cornea sieht getrübt und wolkig aus, dann bilden sich an einer oder mehreren Stellen dieser Membran opaline, diffuse Flecke von verschiedener Ausdehnung, welche immer mehr und mehr opak werden und die hinter ihnen liegenden Pupillen- oder Iris-Antheile der Besichtigung entziehen. Wird der Kranke in diesem Zustande keiner Behandlung unterworfen, so werden diese Flecke matt und weisslich. Bisweilen existiren auch gleichzeitig andere rothe Flecke, welche aussehen, als ob sie von Hämorrhagien stammten, und die durch Gefässneubildungen, welche sich in dem Parenchyme der Membran entwickelt haben, gebildet sind. Endlich findet man ausnahmsweise noch kleine Papeln oder halbkugelige Bläschen, die halb so gross sind wie Stecknadelköpfe und am Rande der Cornea sich entwickeln.

Die Keratitis punctata unterscheidet sich von der vorhergehenden nur dadurch, dass sie eine Geneigtheit zur Bildung punktförmiger Flecke hat. Diese finden sich auf einem wolkigen Grunde, welcher von der leicht getrübten Cornea gebildet wird, und stellen kleine punktförmige Opacitäten dar, mit denen die Hornhaut wie besäet erscheint. Die Flecke sind ungemein klein, wie Nadelstiche, mehr oder weniger zahlreich, oft zusammenfliessend, vereinigen sich bisweilen in Gruppen und geben stellenweise der Cornea ein Aussehen, als ob sie mit Puder eingestaubt wäre.

Es ist begreiflich, dass diese beiden Arten von Keratitis bedeutende Sehstörungen zur Folge haben können. Zeitlich und energisch behandelt, können sie, ohne dass ein Nachtheil

zurückbleibt, heilen; werden sie vernachlässigt bleiben dauernde Hornhauttrübungen zurück.

§ 116. Viel complexer und weniger leicht zu erkennen sind die syphilitischen Augenerkrankungen der tiefer liegenden Augenhäute. Denn die Untersuchung derselben ist viel schwieriger und endlich ist selten eine derselben allein, sondern mehrere gleichzeitig erkrankt, was die Beurtheilung bedeutend erschwert.

Das häufigste dieser Leiden, jedoch viel seltener als die Iritis, ist — die Choroiditis eine der gefährlichsten Augenerkrankungen, die, wenn sie nicht im Anfange erkannt und durch eine zweckmässige Behandlung eingedämmt wird, zur vollkommenen Blindheit führen kann. Ihre Symptome sind: 1. Allmälige aber fortwährend zunehmende Amblyopie, Nebel vor den Augen, fliegende Mücken, Scotome. Am meisten klagen die Kranken über den Nebel, welcher anfangs leicht ist, später aber so dicht wird, dass er das Nähen, das Lesen und dergleichen unmöglich macht. Manche Kranke haben die Wahrnehmung, als schwebe ein Spinnwebgewebe vor den Augen und in diesem sehen sie zahlreiche und schwarze Flecke. Diese Sehstörung ist ungemein lästig, die Umrisse der Gegenstände verwischen sich mehr, und es kommt den Patienten zuweilen vor, als sähen sie durch eine wie durch Erwärmung bewegte Luftschichte. Andere sagen, dass sie die Gegenstände wie mit einem feinen Spitzengewebe bedeckt, wie durch eine Staubwolke sehen u. s. w. Die Wichtigkeit dieser Sehstörungen hängt von dem Sitze des Leidens ab, und wird um so bedeutender, je näher er zu dem Hinterpole des Auges rückt. 2. Mit dem Augenspiegel findet man Glaskörper-Trübungen und Flocken, wolkige Trübungen der Sehnerven-Papille, bisweilen Choroideal-Exsudate. Nahezu das Wichtigste an diesem Leiden ist die Trübung der tieferen Medien des Auges, welche so stark ist, dass man bisweilen kein deutliches Spiegelbild erhält.

Aller Wahrscheinlichkeit nach ist die Ursache in einer undefinirbaren Veränderung des Glaskörpers oder der Hyaloidea in ihren hinteren Segmenten zu suchen; denn man findet oft im Glaskörper keine Flocken, keine Exsudation, welche die Durchsicht stören würden. Meist aber, namentlich im Beginne des Leidens, bemerkt man bei directer Beleuchtung mehr oder weniger zahlreiche Flocken im Glaskörper. Diese stellen entweder feine Fäden vor, wie die Fäden einer Spinnweb, welche bei Bewegungen des Auges den Platz wechseln, sich

zusammenziehen und wieder ausbreiten. Mitunter findet man im Glaskörper spiralförmige Fäden oder einen feinen Staub. Auch die Papilla nervi optici scheint getrübt und wie mit einem Schleier bedeckt, wahrscheinlich in Folge von Trübung der Medien. Man sagt, dass die Papille aussehe wie der durch Wolken verschleierte Mond. Und dieser Zustand gilt vielen Augenärzten als pathognomonisches Zeichen für die syphilitische Erkrankung des Auges. In der Mehrzahl der Fälle, besonders kurz nach Beginn der Erkrankung, sind die Trübungen des Glaskörpers und das wolkige Aussehen der Papille die einzigen Zeichen, welche man mit dem Augenspiegel wahrnehmen kann. Später kann man dann, wenn man viele Uebung hat, mit Mühe Farbenveränderungen im Augenhintergrunde sehen. Noch später sieht man auf der Choroidea deutliche weisse Flecke; diese sind klein, disseminirt oder in Gruppen zusammenstehend, weisslich oder graulich, bald nahe der Peripherie, bald nahe dem hinteren Pole und rühren von einer Atrophie der Choroidea her, indem wahrscheinlich eine Resorption von Pigmentzellen stattgefunden hat; oder sie sind durch Exsudate bedingt. Ihre weisse Farbe wird dadurch hervorgehoben, dass in ihrer Umgebung Haufen von schwarzen Zellen bestehen.

Behandelt man die Krankheit energisch und hat sie einen gewissen Grad nicht überschritten, so kann sie in ihrer Entwicklung gehemmt werden und heilen; sich selbst überlassen aber erreicht sie gewöhnlich eine bedauerliche Höhe. Die Sehstörungen werden immer stärker, das Sehvermögen wird allmählig schwächer. Es entstehen Complicationen, die später erörtert werden sollen, und schliesslich tritt vollkommene Blindheit ein. Die Choroiditis syphilitica ist demnach eine der gefährlichsten Krankheiten. Sie ist gefährlich, weil sie scheinbar gutartig ist, indem sie häufig keine Schmerzen verursacht und die Kranken immer geneigt sind, die Wichtigkeit eines Leidens nach der Heftigkeit des Schmerzes, den sie infolge desselben empfinden, zu beurtheilen. Sie ist gefährlich, weil sie gewissermassen einen langsamen schleichenden Verlauf nimmt, und weil sie fähig ist, auch ohne therapeutisches Eingreifen sich aber nur bis zu einem gewissen Grade und nur für eine gewisse Zeit — zu bessern, so dass die Patienten in den Wahn, zu genesen, oder es mit einem ungefährlichen Leiden zu thun zu haben, eingewiegt werden, und dadurch den Zeitpunkt für ein erfolgreiches Eingreifen einer zweckmässigen Therapie versäumen. Sie ist endlich gefährlich durch ihre Geneigtheit

zu Complicationen. Ausserdem, dass sich Iritis zu ihr gesellen kann, wandelt sie sich fast immer in eine Retinochoroiditis um. Es ist begreiflich, dass die Veränderungen, welche die Choroidea treffen, lange Zeit nicht bestehen können, ohne auf das zarte Gewebe der angrenzenden Retina eine Irritation auszuüben, ohne unter Umständen diese letztere Membran stellenweise zusammenzudrücken, in einzelnen Fällen Adhäsionen derselben zu veranlassen. Ausserdem kann die Retina an und für sich infolge von Syphilis leichter erkranken, wenn Reizung dieser Membran stattfindet.

Infolge von Syphilis erkrankt auch der Nervus opticus oder die Retina oder beide gleichzeitig.

Die Neuritis optica syph. besteht manchmal blos in einer Erkrankung des Perineureon, meist aber sind die Nervenelemente ergriffen. Wie bereits gesagt, ist dieses Leiden häufig mit Erkrankungen anderer Häute und Medien des Auges gleichzeitig vorhanden. Manchmal kommt es nur auf einem Auge vor, meist auf beiden. Seine Symptome, welche ihm aber nicht ausschliesslich zukommen, sondern auch bei Erkrankungen des Sehnerven aus anderen Gründen wahrgenommen werden, sind:

1. Functions-Störungen: bedeutende Schwäche des Gesichtes, die rasch auftritt und zur Amaurose führen kann, Lichtscheue, besonders im Beginne: Photopsie, Chromopsie u. s. w. 2. Als objectives Symptom findet man einen frappant verwaschenen Contour der Papille. — Manchmal sieht man die Papille gar nicht und erräth nur, wo sie sich befindet, aus der Anordnung der Gefässe, die man ophtalmoscopisch wahrnimmt. Bisweilen, und das ist ein minder wichtiges Zeichen, sieht man die Gefässe congestionirt, gewunden, kleine periphere Apoplexien. Diese Neuritis optica besteht im Allgemeinen nur kurze Zeit isolirt; bald hat sich zu ihr Retinitis oder Choroiditis gesellt.

Die Retinitis syph. ist häufiger als die Neuritis. Sie ist gleichfalls meist mit anderen Erkrankungen, wie Iritis und Choroiditis syph. vergesellschaftet, ergreift auch zuweilen nur ein Auge, manchmal beide gleichzeitig oder nach einander. Sie tritt gewöhnlich langsam mit einer graduellen Abschwächung des Gesichtes auf. In anderen selteneren Fällen bemerkt man mehr oder weniger rapide, selbst plötzliche Sehstörungen, die sie veranlasst. Ihre Symptome, von denen dasselbe gilt, wie von jenen der Neuritis, sind: 1. die functionellen Störungen, deutliche und allmähliche Abnahme des Gesichtes, Photopsie, Lichtscheue, partielle Farbenblindheit (Daltonismus). Im Beginne des Leidens ist das Sehvermögen

nur geschwächt, später nimmt es so ab, dass die Kranken selbst sehr grosse Buchstaben nur mit Mühe sehen können. Bisweilen ist das Sehvermögen an einzelnen Stellen conservirt, während es an anderen verloren gegangen ist, so dass die Kranken z. B. ein Wort sehen und das danebenstehende nicht, oder die Hälfte eines Wortes lesen können und die andere Hälfte nicht; diese scheint ihnen wie mit einem dunkeln Flecke bedeckt. Ausserdem beklagen sich die Kranken über Visionen von Lichtern, feurigen Kugeln, Funken, Flammen, welche Visionen um so unangenehmer sind, je empfindlicher das Auge gegen die Wahrnehmung des Lichtes überhaupt ist. Wenn man ferner den Patienten ein grünes oder violetttes Papier vorhält, so sehen sie nur die eine jener zwei Farben, welche grün oder violett zusammensetzen. Sie sehen also unter Umständen statt grün: gelb, statt violett: roth oder schwarz u. s. w. Andere Kranke sehen wieder nicht gelb, nicht roth, sondern blau. Doch findet man, wie gesagt, diese Erscheinung auch in anderen acuten oder chronischen Netzhaut-Entzündungen.

2. Der Augenspiegelbefund zeigt Exsudationen und Apoplexien auf der Netzhaut. Sie scheinen entweder in einem serösen Ergüsse, einer Art ödematösen Infiltration zu bestehen, oder in festen opaken Auflagerungen. Die ersteren sind durchscheinend und bilden vor der Netzhaut, besonders in der Umgebung der Papille, eine Art Glasur, durch welche man die Membran und die Gefässe wie durch einen Schleier sieht. Mitunter hat diese Glasur strahlenförmige Fortsätze nach dem Verlaufe der Gefässe. Dieser Zustand ist von einzelnen Autoren als *Retinitis serosa* oder *Oedema retinae* bezeichnet worden.

Die Auflagerungen dagegen, welche der *Retinitis exsudativa stricta sic dicta* angehören, sind weiss mit verschwommenem Contour, gewöhnlich klein, manchmal jedoch auch ziemlich gross, entweder mitten zwischen den Gefässen gelagert, oder längs der Gefässe an verschiedenen Punkten der Retina zerstreut, bisweilen auf einen einzelnen beschränkt. Sehr oft entwickeln sie sich in der Gegend der *Macula lutea*. Mitunter bedecken sie die ganze Retina oder einen Antheil derselben in ihrem hinteren Segmente, endlich in gewissen Fällen bemerkt man neben diesen Exsudationen zerstreute Apoplexien auf der Netzhaut. Sie haben nichts Charakteristisches an sich und gleichen den an diesen Stellen aus anderen Gründen vorkommenden Apoplexien. Sie entstehen gewöhnlich, sagt man, durch Ruptur der Venen, wäh-

rend die Arterien intact bleiben. Die specifische Retinitis hat immer einen langsamen Verlauf, bisweilen bleibt sie lange Zeit stationär und erleidet allmälige Exacerbationen oder führt zu verschiedenen Complicationen. — Sie heilt am leichtesten von allen syphilitischen Erkrankungen des Augenhintergrundes. Sie ist weniger rebellisch und weniger gefährlich als die Choroiditis (obgleich man a priori das Gegentheil glauben sollte) vorausgesetzt, dass sie allein besteht. Natürlich hängt die Prognose vom Sitze des Leidens ab. Die Erkrankung, welche die Macula afficirt, wird begreiflicherweise gefährlicher sein, als die an anderen Stellen localisirte.

Es ist schon wiederholt auf die Geneigtheit der im Vorhergehenden geschilderten pathologischen Zustände, sich untereinander zu combiniren, einander zu folgen, hingewiesen worden, und auf die dann eintretenden Consecutiv-Erscheinungen stützt sich sehr oft die Diagnose. — Die wichtigste Combination ist die Choroideo-Retinitis. Es werden sich bei diesem Zustande die Symptome der Choroiditis neben denen der Retinitis vorfinden, demnach: progressive Amblyopie, Nebel, fliegende Mücken, Scotome, Trübungen und Flocken im Glaskörper, Verschleierung der Papille, Exsudate und andererseits Photopsie, Photophobie, Daltonismus, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Hemeralopie, Verminderung des Sehvermögens u. s. w. Der Augenspiegel zeigt auf der Choroidea: eine Atrophie, Pigment-Zerstörungen, so dass man stellenweise durch entstandene Dehiscenzen das Gewebe der Sclerotica sieht, ferner beträchtliche Verschmächtigung der Centralgefässe, die soweit geht, dass ihr Lauf stellenweise unterbrochen scheint; schliesslich auf der Retina zerstreute Exsudationen, Atrophie, Infiltration der Membran mit Pigmenthaufen von verschiedener Stellung und verschiedener Ausdehnung. Bald sind diese schwarzen Pigmentflecke wie zufällig herumgestreut, bald netzförmig angeordnet; mitunter bilden sie Halbkreise, Kreisbogen oder Kreise. Das ist das Bild der Retinitis pigmentata, welche auch durch andere Ursachen als die Syphilis veranlasst werden. Diese Erkrankung hat meist einen schleichenden Verlauf. Die Retinitis pigmentata infolge von Syphilis bedarf zuweilen mehrerer Jahre, um ihren Höhepunkt zu erreichen, und wird meistens in der Periode der Spätformen beobachtet.

Alle diese Erkrankungen sind sehr schwer. Sich selbst überlassen, führen sie zu Zerstörungen der Netzhaut und unheilbarer Blindheit. Bestehen sie längere Zeit,

so leisten sie der Therapie hartnäckigen Widerstand, und selbst rechtzeitig in Behandlung genommen, lassen sie mehr oder weniger ernste Störungen zurück. Sie mit dem Augenspiegel zu diagnosticiren, ist an und für sich nicht schwer, aber festzustellen, dass sie durch Syphilis bedingt sind, ist schwieriger, da sie nichts Specifisches an sich haben. Es gilt auch hier, was schon wiederholt gesagt worden ist, dass man auf ein Symptom allein hin nie die Diagnose der syphilitischen Natur einer Erkrankung macht. Man wird immer die Antecedentien und die vielleicht gleichzeitig von Syphilis herrührenden pathologischen Veränderungen in anderen Organen berücksichtigen. Und diese Zeichen haben noch mehr Werth, als selbst die Ergebnisse der Untersuchung mit dem Augenspiegel. Dabei muss man erwägen, dass die aufgezählten Augen-Erkrankungen nicht einmal immer in schweren, sondern bisweilen schon in leichten Fällen vorkommen. Auch deshalb empfiehlt es sich somit, die Syphilis jedesmal als eine wichtige Erkrankung aufzufassen, demgemäss zu behandeln und bei der Eruirung der Anamnese selbst auf geringfügige diesbezügliche Angaben Gewicht zu legen. An und für sich betrachtet wären die geschilderten Erkrankungen gar nicht so ernst, wenn nicht der eigenthümliche Bau des Auges und die mit selbem zusammenhängenden Functionen dieses Organes sie so wichtig machen würden. Gewisse Veränderungen an der Haut z. B. sind ohne Schaden für den Kranken; kommen sie aber im Auge vor, können sie zur Erblindung führen. Man wird darum im gegebenen Falle nicht mit der Anwendung einer specifischen Behandlung zaudern, man wird gleich zum Quecksilber greifen und es in grossen Dosen verabfolgen. Ein schüchternes Manipuliren mit dem Mittel hat keinen Erfolg. Das Protojoduretum, der Sublimat, regulinisches Quecksilber innerlich, selbst in grösseren Dosen angewendet, sind meist wirkungslos. Hier wirkt am besten die Schmiercur; und zwar lässt man dem Kranken grössere Dosen, als sonst, wenn es nöthig ist, einreiben. Man berücksichtigt selbst einen Speichelfluss nicht so ängstlich, weil nicht alle Individuen gegen die Einwirkung des Quecksilbers gleiche Receptivität besitzen; und die Stomatitis das sicherste Zeichen ist, dass der Organismus wenigstens vorläufig genug Quecksilber aufgenommen hat. Ist dieselbe eingetreten, so sucht man sie zu mildern, setzt aber die Quecksilbercur dessenungeachtet fort. Ausserdem wird man in dem erreichten Heilerfolge einen Anhaltspunkt haben, wie weit man mit der Verwendung des Mittels gehen soll. Doch

muss man sich sagen, dass leider in vielen Fällen selbst eine noch so energische Behandlung nicht zum Ziele führt.

Schliesslich sei noch nebenbei erwähnt, dass auch in Folge von Syphilis amaurotische Zustände auftreten können, welche nicht durch irgend eine Veränderung in den Bestandtheilen des Bulbus veranlasst, sondern das Ergebnis von ausserhalb desselben (im Nerven oder Gehirn) sitzenden, luetischen Krankheitsproducten sind. Sie kommen jedoch — als der Periode der Spätformen angehörig — hier nicht mehr in Betracht.

Berichtigungen.

- Seite 17, 2. Zeile von unten lies statt: „zwar schwer“ — „zwar im Beginne und auf der Höhe der Entwicklung schwer.“
- Seite 67, 11. Zeile von oben lies statt: „Männern“ — „Individuen“.
- Seite 88, 9. Zeile von unten ist einzuschalten hinter wurde: „nach Angabe Fournier's“.
- Seite 94, 11. Zeile von unten ist vor dem Worte „längere“ einzuschalten: „Syphilid“.
- Seite 96, 10. Zeile von oben folgt nach „als“ ein Doppelpunkt.
- Seite 103, lies sub Nr. 4 statt: „die Abschuppung ist gleichzeitig“ — „die Abschuppung ist gleichzeitig theilweise“.
- Seite 110, Zeile 13 von oben statt: „eiternde“ — „eiternd“.
- Seite 119, 4. Zeile von oben lies statt: „Jod-Salben“ — „Jod; Salben“.
- Seite 150, 2. Zeile von unten lies statt: „weicht“ — „nicht weicht“.
- Seite 153, 3. Zeile von oben lies statt: „einem“ — „einen“.
- Seite 159, 4. Zeile von oben lies statt: „geschilderten“ — „Geschilderten“.
- Seite 179, 12. Zeile von oben lies statt: „im“ — „am“.
- Seite 205, 2. Zeile von unten setze vor „bei“ einen Beistrich.
- Seite 207, 13. Zeile von oben ist nach „wohl“ — „in individuo syphilitico“ — einzuschalten.
- Seite 278, 9. Zeile von unten lies statt: „letzteren“ — „letztere“.

N o t e.

Der „Anhang“ ist, wie schon die Nummern der §§ anzeigen, vor dem III. Abschnitte einzuschalten.

Bericht

Am 1. d. M. ist der Herr ...
am 2. d. M. ist der Herr ...
am 3. d. M. ist der Herr ...
am 4. d. M. ist der Herr ...
am 5. d. M. ist der Herr ...
am 6. d. M. ist der Herr ...
am 7. d. M. ist der Herr ...
am 8. d. M. ist der Herr ...
am 9. d. M. ist der Herr ...
am 10. d. M. ist der Herr ...
am 11. d. M. ist der Herr ...
am 12. d. M. ist der Herr ...
am 13. d. M. ist der Herr ...
am 14. d. M. ist der Herr ...
am 15. d. M. ist der Herr ...
am 16. d. M. ist der Herr ...
am 17. d. M. ist der Herr ...
am 18. d. M. ist der Herr ...
am 19. d. M. ist der Herr ...
am 20. d. M. ist der Herr ...
am 21. d. M. ist der Herr ...
am 22. d. M. ist der Herr ...
am 23. d. M. ist der Herr ...
am 24. d. M. ist der Herr ...
am 25. d. M. ist der Herr ...
am 26. d. M. ist der Herr ...
am 27. d. M. ist der Herr ...
am 28. d. M. ist der Herr ...
am 29. d. M. ist der Herr ...
am 30. d. M. ist der Herr ...
am 31. d. M. ist der Herr ...

Note

Der ... ist ...

Kohn, Emanuel

Die Syphilis während der Periode ihrer Initial- und Frühformen und deren
Behandlung Auf Grund von Fournier's 'Leçons sur la Syphilis' dargestellt
von Emanuel Kohn

Wien 1875

Path. 685 qh

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11320312-9